

# Att knyta an, en livsviktig uppgift

Om små barns anknytning och samspel



STIFTELSEN  
Allmänna Barnhuset

SKRIFTSERIE  
2007:5

# Att knyta an, en livsviktig uppgift

Om små barns anknytning och samspel

Denna skrift är en delvis omarbetad upplaga av tidigare utgiven skrift i Stiftelsen Allmänna Barnhusets skriftserie 2004:2.



**STIFTELSEN**  
Allmänna Barnhuset

SKRIFTSERIE  
2007:5



## Förord

Med hjälp av forskning har kunskapen runt små barns psykiska hälsa och sociala utveckling, samspels- och anknytningsmönster ökat dramatiskt under senare år. Internationellt har det också skett en omfattande metodutveckling när det gäller att göra bedömningar och systematisera iakttagelser av samspelet mellan föräldrar och barn samt föräldrars omsorgsförmåga.

Anknytningsteorin har ökat våra kunskaper, inte bara om barnets utveckling, utan även om utvecklingen i ett längre tidsperspektiv. Kvaliteten på anknytning och samspel under de första åren får avgörande betydelse för hur barnet uppfattar sig själv och hur det relaterar till andra människor. Eftersom de mönster som formas under barnets första år är svåra att förändra senare, är tidiga insatser av stor vikt när det finns brister i föräldra-barnrelationen. Tyvärr visar denna rapport att bristerna i allmänhet upptäcks sent och att samhällets skyddsnet för de allra yngsta är svagt.

Även om barns utveckling påverkas av många olika faktorer, är anknytning och tidigt samspel kanske den enskilda faktor som har störst betydelse för barns psykiska hälsa. En stark och varm bindning mellan barn och föräldrar kan ses som det bästa skyddet mot misshandel, övergrepp, vanvård och försummelse.

Mot denna bakgrund ser Allmänna Barnhuset det som angeläget att kunskapen om anknytning och samspel når ut till alla som i sitt yrke möter i första hand små barn. Kunskap om anknytningsteori behövs både i generella verksamheter som barnhälsovården och förskolan och i verksamheter som har till uppgift att bland annat utreda misstankar om omsorgssvikt, dvs. den sociala barnvården och barn- och ungdomspsykiatrin. Denna kunskap behövs också i verksamheter för äldre barn med olika typer av problem, som kan bottna i den tidiga barndomen. Även domstolar som beslutar om omhändertaganden av barn bör vara medvetna om anknytningens betydelse och kon-

sekvenserna när den inte kommer till stånd eller har allvarliga brister.

För att bidra till kunskapsutvecklingen inom detta område arrangerade Stiftelsen Allmänna Barnhuset i slutet av mars 2004 en konferens om små barns behov och föräldrars omsorgsförmåga på sin kursgård Sätra Bruk och ger nu ut denna skrift. Ambitionen har varit att presentera anknytnings- och samspels-teori på ett enkelt och lättillgängligt sätt och att koppla den till praktiken. Skriften tar sin utgångspunkt i konferensen, men är som helhet en fristående produkt. Tre kapitel har skrivits av deltagare vid konferensen, Anders Broberg, Kati Falk och Pia Risholm Mothander, övrig text har skrivits av Barbro Hindberg.

*Bodil Långberg*

*Ylva Söderlind*

## Förord till andra upplagan

I denna andra upplaga har en uppdatering och viss revidering av texten gjorts i kapitlen; ”Några fakta om små barn och deras familjer”, ”Barnavårdsutredningar” och ”Samhällets skyddsnet för de yngsta.

*Bodil Långberg*

# Innehåll

<b>Sammanfattning.....</b>	<b>9</b>
<b>Några fakta om små barn och deras familjer.....</b>	<b>13</b>
<b>En unik och livsviktig relation .....</b>	<b>17</b>
Anknytningsteori .....	17
Skillnader i relationen barn – föräldrar och barn – professionella .....	19
Barnet måste garanteras en anknytningsperson.....	21
<b>Barns behov och föräldrars omsorgsförmåga i ljuset av anknytningsteori .....</b>	<b>23</b>
Systemteori .....	23
En transaktionell modell för att bedöma omsorgssvikt och dess effekter på små barns utveckling.....	24
Hjärnans utveckling .....	25
Samspelet mellan förälder och barn .....	26
Psykosociala riskfaktorer avseende samspelet förälder – barn .....	26
Utvecklingen påverkas också av faktorer utanför familjens kontroll.....	27
Anknytning barnets viktigaste utvecklingsuppgift under det första levnadsåret.....	30
Föräldrarnas betydelse för anknytningsrelationens utveckling.....	31
Kan barnet utveckla flera anknytningsrelationer? .....	33
Vad händer om ingen anknytning utvecklas? .....	34
Olika typer av anknytning.....	35
Tidig anknytning och senare utveckling .....	38
Betydelsen av tidig intervention .....	39

Att bedöma omvårdnadsförmåga.....	39
Avslutning.....	41
<b>Affektteori och föräldrars omsorgsförmåga .....</b>	<b>45</b>
<b>Problem som kan hindra anknytningen.....</b>	<b>53</b>
Konflikter och våld i föräldrarnas relation.....	54
Föräldrar med missbruksproblem .....	55
Föräldrar med utvecklingsstörning .....	56
Psykisk sjukdom hos föräldern .....	57
<b>Symtom på och konsekvenser av brister i anknytningen ....</b>	<b>61</b>
Svårt att upptäcka brister i anknytningen.....	61
Symtom på brister i anknytningen.....	62
Konsekvenser av brister i anknytningen .....	66
Att bedöma ”påtaglig risk” .....	67
Kulturella skillnader.....	67
<b>Psykologiska utredningsmetoder.....</b>	<b>69</b>
Den kliniska situationen.....	70
Bedömning av den tidiga föräldra-barnrelationen enligt ERA.....	71
Bedömning av små barns hälsa enligt DC: 0-3 .....	72
The Working Model of the Child Interview (WMCI).....	77
<b>Anknytningsteorins betydelse för den sociala barnavården .....</b>	<b>81</b>
Brister i anknytningen den allvarligaste riskfaktorn.....	82
Att bedöma anknytning med hjälp av ”Care Index”.....	83
<b>Barnavårdsutredningar .....</b>	<b>85</b>
Utredningsmetoderna varierar .....	85
Barnavårdsutredningar enligt BBIC (Barns behov i centrum).....	87
The Home Inventory.....	89

Att ansöka om vård.....	91
Psykologisk kompetens behövs .....	92
Socialtjänsten har helhetsperspektivet .....	93
<b>Samhällets skyddsnät för de yngsta .....</b>	<b>95</b>
Att upptäcka och anmäla omsorgssvikt.....	95
Mödra- och barnhälsovården .....	97
Familjecentraler .....	99
Den sociala barnavården .....	100
Föräldrastöd .....	103
Vägledande samspel .....	104
Marte Meo .....	105
Hur kan skyddsnätet stärkas? .....	107
<b>Barnhusets skrifter .....</b>	<b>111</b>
<b>Barnhusets rapporter .....</b>	<b>112</b>





# Sammanfattning

Under de första åren i livet genomgår människan en mer dramatisk utveckling än under någon annan period i livet. Grundläggande för barnets psykiska utveckling är att en anknytning kommer till stånd mellan barnet och åtminstone en vuxen.

Människan är en social varelse, som under sin livstid har många olika relationer, men ingen är lika viktig som den allra första. Oftast är det mamman som barnet har denna första livsviktiga relation till. Det som föräldrar länge vetat om små barns behov av känslomässig närhet och förmåga till samspel är idag vetenskapligt belagt och kallas anknytningsteori.

Anknytningsteori handlar om den process som resulterar i att ett psykologiskt ”band” uppstår mellan barnet och dess närmaste vårdare. Teorin beskriver också hur anknytningen utvecklas till mentala representationer hos barnet av sig själv, viktiga närstående och samspelet dem emellan. Dessa representationer kallas inre arbetsmodeller. I och med att anknytningen blir representerad i form av mentala modeller, blir den också till en viktig beståndsdel i personlighetsutvecklingen och får betydelse för människan under hela hennes levnad. Anknytningsteori beskrivs närmare av Anders Broberg i denna skrift.

Anknytningen liknar prägling hos andra djurarter i den meningen att den sker automatiskt och instinktivt på basis av fysisk kontakt mellan spädbarnet och dess vårdare. Spädbarn kan inte låta bli att knyta an till sin vårdare oavsett dennes lämplighet. Att ett barn knutit an till sin vårdare säger därför inget om vårdarens lämplighet.

Små barn överväldigas lätt av starka känslor, som föräldern måste hjälpa barnet att modifiera och mildra. För att barnets egenkontroll och självbehärskning ska utvecklas, måste det finnas ett samspel mellan förälder och barn. Mot slutet av andra levnadsåret har barnet vanligen utvecklat god kontroll över sitt eget beteende och blir allt mindre beroende av föräldern för sin

känsloreglering. Barnet behöver emellertid sin förälder under hela uppväxttiden för att nå fram till och kunna upprätthålla väl fungerande och balanserade känslouttryck. Barn som inte fått lära sig att hantera sina känslor, kan få stora problem, framför allt beteendeproblem, längre fram.

Hur anknytningen utvecklas beror mycket på psykologiska och genetiska faktorer hos både föräldrar och barn, men den påverkas också av olika yttre faktorer. Möjligheterna att utveckla en positiv anknytning är delvis beroende av familjens livsvillkor och förutsättningar i form av exempelvis ekonomisk situation, kulturell bakgrund, socialt nätverk och föräldrarnas relation.

Barnet ingår redan från början i en triad, dvs. mamma-pappa-barn. Även det mycket lilla barnet påverkas av hur triaden fungerar, inte bara när det gäller relationen föräldrar – barn utan också när det gäller föräldrarnas inbördes relation. Små barn påverkas starkt exempelvis av om föräldrarnas relation präglas av värme och trygghet eller av konflikter och våld. Faktorer som påverkar anknytning och samspel negativt, förutom konflikter och våld, är utvecklingsstörning, missbruk eller psykisk sjukdom hos en eller båda föräldrarna. Det är problem som innebär att föräldern permanent eller periodvis är otillgänglig för barnet och att han/hon är oförutsägbar. Barnen kan inte lita på att deras föräldrar finns där när de behöver dem och löper risk att känna sig oälskade och värdelösa.

Att upptäcka att något inte fungerar i anknytning och samspel är svårt, om inte föräldrarna har uppenbara problem som påverkar deras kommunikationsförmåga. Det är mycket som ryms inom normalutvecklingen och gränsen till det som kan betraktas som avvikande utveckling är ofta diffus. Detta gäller i synnerhet små barn. Dessutom är symtom på psykisk ohälsa ovanliga hos små barn. Utan närmare kontakt med mor och barn kan man sällan avgöra om avvikelsen egentligen ryms inom normalspektret, om den kan förklaras av att barnet är sent utvecklat, av kulturella skillnader, barnets personlighet, att barnet är sjukt eller funktionshindrat etc. eller om det är fråga om en avvikelse som beror på brister i anknytningen eller någon annan form av omsorgssvikt. En svårighet när det gäller att se hur anknytningen fungerar är att den kan verka vara normal i vardagliga situa-

tioner, som inte innehåller stress. Det är först när situationen innehåller krav, stress, komplikationer etc. som anknytningsmönstret blir tydligt. Hur anknytningen kan bedömas med hjälp av psykologiska utredningsmetoder beskrivs i denna skrift av Pia Risholm Mothander.

Om barnet i sitt sökande efter kontakt och närhet inte får svar på sina signaler, inte får tillräcklig kroppskontakt och inte möter positiva känslor utvecklas ingen trygg anknytning. Barnet lär sig snart att det inte lönar sig att söka tröst eller beskydd. I värsta fall ger barnet upp, slutar att skrika eller att försöka kommunicera. Senare års neurobiologiska forskning har funnit att barnets hjärna påverkas starkt av stress och trauma under de första åren. Det är inte bara genetiska faktorer som styr hjärnans utveckling utan också barnets erfarenheter och interaktion med omvärlden.

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för barn som far illa, men har inga naturliga kontaktytor med barn och föräldrar. Det har MVC/BVC, barnomsorgen och skolan, som träffar nästan alla barn. Socialtjänsten är beroende av att dessa verksamheter uppmärksammar barn som far illa. När det gäller de små barnen visar dock olika undersökningar att BVC och barnomsorgen bara anmäler en liten del av de barn som misstänks fara illa. Det ligger en stor fara i att tro att BVC utgör ett skydds nät för små barn bara för att de träffar nästan alla barn. Verksamheten måste organiseras, personalen utbildas och samarbetet med socialtjänsten utvecklas med sikte på att utsatta barn ska kunna identifieras för att verkligen fungera som det skydds nät, som man vill att BVC ska vara.

När insatser görs i småbarnsfamiljer på grund av att det finns brister i omsorgen, anknytning och samspel måste syftet vara att ge barnet möjlighet att knyta an till en person eller ett fåtal personer, som det ska ha en stadigvarande relation till under sin uppväxt. Det innebär att föräldern måste ha förmåga att engagera sig känslomässigt i sitt barn och samspela med det. Om föräldrarnas svårigheter är så stora att de inte har förmåga att utveckla en trygg anknytning och ett positivt samspel med sitt barn, är det viktigt att barnet snabbt får möjlighet att knyta an till någon annan.

Kunskaperna om små barns behov och utveckling är i allmänhet bristfällig inom socialtjänsten. Någon ingående kunskap om detta område erhålls inte i socionomutbildningen och ges inte heller genom fortbildning. Eftersom små barn som far illa, exempelvis på grund av brister i anknytning och samspel, sällan kommer till socialtjänstens kännedom, är det svårt att genom erfarenhet få tillräcklig kunskap och att kunna utveckla rutiner och metoder i arbetet med småbarnsfamiljer. En lösning skulle kunna vara att någon eller några socialsekreterare får särskild kompetens på små barn och att dessa alltid finns med som konsulter eller handläggare i ärenden som rör småbarnsfamiljer. Ett annat sätt att höja kompetensen är att knyta barnpsykologer till socialtjänsten. Det finns också behov av fortbildning om små barn rörande anknytning och samspel, utrednings- och behandlingsmetodik.

# Några fakta om små barn och deras familjer

Denna rapport har fokus på anknytningen mellan små barn och deras föräldrar. Hur anknytningen utvecklas beror till största delen på psykologiska och genetiska faktorer hos både föräldrar och barn, men den påverkas också av olika yttre faktorer. Möjligheterna att utveckla en positiv anknytning är delvis beroende av familjens livsvillkor och förutsättningar i form av exempelvis ekonomisk situation, kulturell bakgrund, arbetsförhållanden och föräldrarnas relation.

Nedan ges en översikt av faktorer som är av betydelse för småbarnsfamiljers livsvillkor. Uppgifterna är hämtade ur olika rapporter som ibland redovisar uppgifter om 0–2-åringar, men oftast särredovisas inte denna åldersgrupp utan statistiken avser en större åldersgrupp eller samtliga barn. Vilka ålderskategorier som nedanstående uppgifter omfattar varierar således. Det är en brist att det i statistiken i allmänhet inte går att urskilja de yngsta barnen.

## **Antal barn 0–2 år**

2005 föddes 101 555 barn i Sverige.

Antalet barn 0–2 år är ca 305 000.

## **Utländsk bakgrund**

Ungefär 15 procent av barnen har utländsk bakgrund. Med det menas barn som är födda utomlands eller är födda i Sverige men har två föräldrar med utländsk bakgrund. Flest barn med utländsk bakgrund har föräldrar från Irak, Jugoslavien, Turkiet, Finland och Libanon.

Årligen adopteras runt 1 000 barn från andra länder. År 2006 kom 879 barn varav 62 procent var 0–1 år och 22 procent

2–3 år. Flertalet adopterade är födda i Kina och en stor majoritet av dem är flickor.

## Hälsa

Sedan magläge under sömn och rökning under graviditeten identifierades som riskfaktorer för plötslig spädbarnsdöd har incidensen av plötslig spädbarnsdöd minskat från 1,1 per 1 000 levande födda år 1991 till 0,28 per 1 000 år 2004.

De flesta hälsoproblem hos barn och ungdomar visar att det finns klara sociala skillnader mellan olika grupper. I genomsnitt är fysiska hälsoproblem 60 procent vanligare bland socialt mindre gynnade barn jämfört med mer gynnade, psykiska problem 70 procent vanligare och riskfaktorer för ohälsa 80 procent vanligare. Sociala skillnader har stor betydelse för uppkomsten av problem som inåtvända psykiska problem, karies vid 3–4 års ålder, plötslig spädbarnsdöd, sen utveckling, självtillfogade skador och våldsrelaterade skador (Bremberg 2002).

I rapporten *Ekonomiskt utsatta barn* (Socialdepartementet 2004) konstateras att svensk forskning visar att barn från familjer med lägre socioekonomisk position har en ökad risk för dödlighet, sjuklighet och skaderisk. De mest ekonomiskt utsatta barnen mår också psykiskt sämre. Den arbetsgrupp som tagit fram rapporten ser det som viktigt att detta uppmärksammas, eftersom forskningen visar att ekonomisk utsatthet under de tidiga barnåren verkar ha de allvarligaste konsekvenserna.

Även när det gäller föräldrars hälsa finns orosmoln. Vid Allmänna Barnhusets konferens på Sättra Bruk om hälsa, utveckling och kvalitet i förskolan sa Peter Währborg, Institutet för stressmedicin i Göteborg:

Den generation som idag är mest drabbad av utmattningsdepression är föräldragenerationen. En annan drabbad grupp är ensamstående mödrar. Föräldragenerationen mår inte lika bra som den gjorde tidigare. Vilka effekter får det för barnen? Vi har ett annat scenario än vi hade tidigare.

(Hindberg 2004)

## **Ekonomi**

Av alla barn bor 6 procent i familjer med låg disponibel inkomst och en femtedel har svårt att klara löpande utgifter. Många barn lever i hushåll med ekonomiskt bistånd, flest i Malmö (22 procent). År 2004 levde ca 50 000 barn i åldrarna 0–17 år i familjer som hade ekonomiskt bistånd mer än 10 månader. Barn till ensamstående mammor och utrikes födda föräldrar löper större risk än andra barn att bli ekonomiskt utsatta. En större andel av 0–5-åringar än av äldre barn lever i familjer med svag ekonomi.

## **Föräldraseparationer och vårdnad**

Ca 90 procent av 0–2 åringarna bor med båda sina föräldrar. Det är vanligare med separationer i sambofamiljer än när föräldrarna är gifta (2,10 resp. 3,92 per 100 barn under barnens första år). När barnet är 1–5 år ökar separationerna kraftigt i sambofamiljer till 5,22 per 100 barn. Det är vanligare med separationer när en av föräldrarna är född utomlands. Den 1 juli 2006 ändrades föräldrabalken på en rad punkter i syfte att stärka barnperspektivet i besluten om vårdnad, boende och umgänge. Av dem som varit gifta hade 96 procent gemensam vårdnad 2006. Motsvarande siffra bland samboende var 89 procent.

## **Vård av barn**

Föräldrapenningen fördelades år 2005 så att kvinnor tog ut 80 procent av föräldraledigheten och män 20 procent. Den tillfälliga föräldrapenningen användes till 64 procent av kvinnor och 36 procent av män.

## **Förskola**

43 procent av ettåringarna och 83 procent av tvååringarna är inskrivna i kommunal eller privat förskola/familjedaghem. Nästan hälften av småbarnsgrupperna hade 2006 mellan 14 och 16 barn. 11 procent hade 17 barn eller fler.



## Referenser

- Bremberg, Sven: *Sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga i Sverige. En kunskapsöversikt*. Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2002:13.
- Hindberg, Barbro: *Se till mig som liten är*. Allmänna Barnhuset 2004.
- Skolverket: *Skolverkets lägesbedömning 2006*. Rapport 288.
- Skolverket: *PM 2007-05-16*. Dnr 71-2007-01035.
- Socialdepartementet: *Ekonomiskt utsatta barn*. Ds 2004:41.
- Socialstyrelsen: *Individ- och familjeomsorg*. Lägesrapport 2006, 2007.
- Statistiska centralbyrån: *Barn och deras familjer 2005*.

# En unik och livsviktig relation

Människan är en social varelse, som under sin livstid har många olika relationer, men ingen är lika viktig som den allra första. Oftast är det mamman som barnet har denna första livsviktiga relation till. Det som föräldrar länge vetat om små barns behov av känslomässig närhet och förmåga till samspel är idag vetenskapligt belagt och kallas anknytningsteori.

## Anknytningsteori

Anknytning definieras i *Nationalencyklopedin* som att stå i förbindelse med en större helhet. När begreppet anknytning används inom utvecklingspsykologin är det en svensk översättning av det engelska begreppet attachment. Anknytningsteorin bygger på flera teoriområden: utvecklingspsykologi, objekt – relationsteori och evolutionsbiologi. Den beskriver både den normala psykologiska utvecklingen och den avvikande.

Anknytningsteori handlar om den process som resulterar i att ett psykologiskt ”band” uppstår mellan barnet och dess närmaste vårdare. Teorin beskriver också hur anknytningen utvecklas till mentala representationer hos barnet av barnet själv, viktiga närstående och samspelet dem emellan. Dessa representationer kallas *inre arbetsmodeller*. I och med att anknytningen blir representerad i form av mentala modeller, blir den också till en viktig beståndsdel i personlighetsutvecklingen och får betydelse för människan under hela hennes levnad. Anknytningsteori handlar alltså djupast sett om människan som en social varelse som behöver andra människor för att (över)leva.

John Bowlby (1907–1990) var barnpsykiater och psykoanalytiker från England och är anknytningsteoriens upphovsman. I slutet på 1960-talet presenterade han den första delen i trilogin *Attachment and Loss*. Där beskriver han sin teori om anknyt-

ningens betydelse för människans utveckling och om hur separationer, vanvård och försummelse tidigt i livet kan få konsekvenser för den fortsatta utvecklingen. Först under 1990-talet blev anknytningsteori allmänt accepterad som en värdefull teori inom klinisk psykologi.

Eftersom människobarnet föds mer ofullgånget och är skörare än andra däggdjur, är den tidiga relationen mellan spädbarnet och dess närmaste vårdare extra betydelsefull. De första månaderna i livet är spädbarnet överlevnad helt beroende av att en vuxen värmer, matar och beskyddar det. I den typ av samhällen där den mänskliga arten utvecklades, och till vilken vi fortfarande i allt väsentligt är genetiskt anpassade, levde människor ett kringvandrande liv som jägare och samlare. Spädbarnets överlevnad, och så småningom också upplevelsen av trygghet, har alltid varit beroende av kroppslig närhet till en beskyddande vuxen. Bowlbys slutsats var att barnet måste vara utrustat med ett genetiskt programmerat beteendesystem vars funktion är att främja tillräcklig närhet till den huvudsakliga vårdaren så att föräldrabeskyddet underlättas. Anknytningen liknar prägling hos andra djurarter i den meningen att den sker automatiskt och instinktivt på basis av fysisk kontakt mellan spädbarn och vårdare. Spädbarn kan alltså, normalt sett, inte låta bli att knyta an till sin vårdare oavsett dennes lämplighet. Att ett barn knutit an till sin förälder säger därför inget om vårdarens lämplighet. (Broberg, Almqvist & Tjus 2003)

Oftast är det mamman som barnet knyter an till, men det kan också vara pappan eller någon annan vuxen. Det handlar om ett ömsesidigt samspel med två aktiva parter. För den vuxne innebär anknytningsprocessen att ställa sig i barnets tjänst och låta barnets behov ha företräde. Barnet självt är inte passivt i denna process utan kan aktivera anknytningsbeteendet på olika sätt. Barn kan ge ifrån sig mer eller mindre tydliga signaler och besvara föräldrarnas kontaktförsök mer eller mindre tydligt. Sjuka barn och barn med funktionshinder kan vara svårare att förstå och att etablera ett samspel med än friska barn.

Små barn överväldigas lätt av starka känslor, som föräldern måste hjälpa barnet att modifiera och mildra. För att barnets egenkontroll och självbehärskning ska utvecklas, måste det fin-

nas ett samspel mellan förälder och barn. Mot slutet av andra levnadsåret har barnet vanligen utvecklat god kontroll över sitt eget beteende och blir allt mindre beroende av föräldern för sin känsloreglering. Barnet behöver emellertid sin förälder under hela uppväxttiden för att nå fram till och kunna upprätthålla väl fungerande och balanserade känslouttryck. Barn som inte fått lära sig att hantera sina känslor, kan få stora problem, framför allt beteendeproblem, längre fram. (Hwang & Wickberg 2001)

## Skillnader i relationen barn – föräldrar och barn – professionella

Var går gränsen mellan föräldrars roll och ansvar respektive professionellas för det lilla barnets utveckling? Gränsen är inte knivskarp. Ändå är skillnaderna stora. Relationen föräldrar – barn är unik och kan aldrig ersättas av någon som tar hand om barnet yrkesmässigt. Detta kan låta självklart, men i t.ex. domar framskymtar ibland en föreställning om att personal kan kompensera även allvarliga brister i föräldrars omsorgsförmåga. Små barn antas få sina behov tillgodosedda bara de får god fysisk omvårdnad och tillsyn. Det finns exempel på att domstolar i LVU-mål (Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga) beslutat att barn i familjer där föräldern har en utvecklingsstörning och allvarligt brister i sin omsorgsförmåga, ska bo kvar hemma. I sådana fall kan personal behövas i hemmet dygnet runt. Det kan bli fråga om fyra – fem olika personer. Domstolarna accepterar i sådana fall att vården huvudsakligen sköts av professionella och bortser från, alternativt saknar kunskap om, små barns behov av en anknytningsperson, trygghet och stabilitet i sina tidiga relationer.

Inga Gustafsson, fil.lic., leg. psykolog och leg. psykoterapeut, har i en artikel i Psykisk hälsa (nr 2/2004) beskrivit de viktigaste skillnaderna mellan föräldra/barn-relationen respektive relationen mellan de professionella och barnet. Hon lyfter fram:

- *Intensiteten*

Föräldra/barn-relationen kännetecknas av ett intensivt känslomässigt engagemang med hög temperatur och ett brett register. Den är med andra ord icke-rationell. Den professionella relationen till ett barn kännetecknas – åtminstone idealt – av en välavvägd balans mellan empati och objektivitet.

- *Varaktighet*

Robert N. Emde (1989) beskriver föräldra/barn-relationen; ”Den är ”inte begränsad till barndomen, det är en relation som förenar en far eller mor och ett speciellt barn hela livet igenom (...) Denna relation varar i verkligheten bortom föräldrarnas död och genom hela livet för den vuxna dottern och sonen.” Den professionella relationen är tidsmässigt avgränsad. Så t.ex. varar förskollärares relation till ett visst barn i bästa fall några år, barnterapeutens någon eller några terminer.

- *Det unika*

Föräldra/barn-relationen kännetecknas av att den är unik och inte utbytbar. Ett barn har i princip bara ett par föräldrar, vilka har ett begränsat antal barn. De professionella har en samtidig relation till ett flertal barn och under ett helt yrkesverksamt liv till mängder av barn. Dessa barn är utbytbara och i objektivitetens namn i stort sett likvärdiga.

- *Kärlek och disciplin*

Det mest karakteristiska för föräldra/barn-relationen är att kärlek och disciplin kommer från samma person. Detta är i sin tur en viktig förutsättning för barnets personlighets- och moralutveckling. Denna dubbla uppgift och roll har bara föräldrar, aldrig de professionella.

## Barnet måste garanteras en anknyningsperson

När insatser görs i småbarnsfamiljer därför att det finns brister i omsorgen, anknytning och samspel är det viktigt att insatserna kompletterar och inte i praktiken ersätter föräldern. Barnet måste få möjlighet att knyta an till åtminstone en person, som det skall ha en stadigvarande relation till under sin uppväxt. Det innebär att minst en förälder måste ha förmåga att engagera sig känslomässigt i sitt barn och samspela med det. Detta bör vara utgångspunkten vid alla insatser som rör små barn. Om förälderns svårigheter är så stora att de inte har förmåga att utveckla en trygg anknytning och ett positivt samspel med sitt barn, är det viktigt att barnet snabbt får möjlighet att knyta an till någon annan. Små barn kan inte vänta.

### Referenser

- Broberg, A, Almqvist, K och Tjus, T: *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar*. Natur och Kultur 2003.
- Gustafsson, Inga: *Det eviga projektet att göra föräldrar till bättre föräldrar*. Psykisk hälsa, nr 2/2004.
- Hwang, Philip & Wickberg, Birgitta: *Föräldrastöd och barns psykiska hälsa*. Norstedts 2001.



# Barns behov och föräldrars omsorgsförmåga i ljuset av anknytningsteori

*Av Anders Broberg, professor i klinisk psykologi vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, och vetenskapligt råd vid Socialstyrelsen.*

Det råder inom spädbarnspsykiatri idag en bred enighet om att barns utveckling i varje ögonblick är ett resultat av samspelet mellan barnets biologiska förutsättningar (medfödda och förvärvade) och olika miljöfaktorer (Sameroff & Fiese, 2000).

## Systemteori

Den allmänna systemteorin (von Bertalanffy, 1968) utvecklades inom biologin för att förstå hur enskilda celler kan fungera, t.ex. genom att bibehålla en viss balans (homeostas) och ändå ha ett aktivt utbyte med omvärlden. En annan viktig fråga har varit hur celler kan samarbeta och organisera sig i mer komplicerade strukturer (organ). Den allmänna systemteorin har visat sig mycket användbar också inom psykologin. Förutom inom utvecklingspsykiatrin är det främst inom familjeterapi som man ser talrika referenser till systemteori.

Med början på 1940-talet utvecklade Heinz Werner (1948; 1957) den teori som på engelska kallas ”organismic-developmental theory”. Teorin beskriver hur utveckling handlar om integration och omorganisation av tidigare uppnådda förmågor, snarare än om att bara addera nya förmågor till gamla. Detta är en förklaring till att utvecklingsprofilen kan vara så ojämn hos vissa barn. Ett barn kan ha uppnått en hög kognitiv förmåga, kort sagt vara bra på att tänka, men samtidigt befinna sig på ett mycket mer odifferentierat och oartikulerat stadium, när det gäller den känslomässiga utvecklingen. För ett annat barn går de



olika systemen däremot ”hand i hand”. Barnet uppnår en högre grad av såväl känslomässig som kognitiv utveckling tack vare att systemen för känslomässig och intellektuell bearbetning samverkar och berikar varandra. Bristande integration märks tydligast när det gäller förmågan att förstå andra människor och att sätta sig in i hur de tänker och känner.

## En transaktionell modell för att bedöma omsorgssvikt och dess effekter på små barns utveckling

Transaktion betyder utbyte eller avtal. Det krävs alltså två parter som båda ger och tar för att en transaktion ska komma till stånd. Transaktionen innehåller också en tidsaspekt. Vi förknippar oftast ordet med ekonomiska mellanhavanden av negativt slag som ”Svindeln var resultatet av en serie oegentliga transaktioner”. Hur har begreppet smugit sig in i psykologin?

I linje med den allmänna systemteorins principer utvecklas organismen (barnet) genom ett ständigt utbyte mellan olika system. Utbytet bildar i sin tur basen för vilka utbyten som blir möjliga i nästa stund. Inom psykologin innebär en transaktionell modell att tiden ses som en viktig faktor för hur utvecklingen gestaltar sig. I konceptionsögonblicket bestäms barnets genuppsättning utifrån den information som finns lagrad i mammans och pappans kromosomer. Så fort celldelningen börjar sker den fortsatta utvecklingen som ett resultat av ett utbyte mellan fostrets genuppsättning och den omgivande miljön i livmodern. Denna miljö är i hög grad påverkad av den havande kvinnans livssituation. Redan i livmodern påverkar det växande fostret sina blivande föräldrar och därmed på sikt sin egen uppväxtmiljö. Ett foster som tidigt gör sig påmint med hjälp av kraftiga fosterrörelser, ger upphov till fantasier hos de blivande föräldrarna om egenskaper som barnet kommer att ha (stark och kraftfull), fantasier som i sin tur kommer att färga hur föräldrarna bemöter den nyfödde. På den vägen fortsätter utvecklingen efter födelsen. Barnets medfödda och tidigt förvärvade egen-

skaper ger upphov till reaktioner hos föräldrarna, reaktioner som i sin tur formar den fortsatta utvecklingen av barnets egenskaper och så vidare i ett ständigt utbyte (transaktion).

Den transaktionella modellen förenar systemteorin och stadie-teorier. Systemteorin betonar interaktion mellan olika system/sub-system och beskriver utvecklingen vid en given tidpunkt. Stadie-teorierna betonar i stället att lösningen av en utvecklingsuppgift utgör utgångspunkt för den fortsatta utvecklingen. De bidrar alltså med tidsperspektivet dvs. hur mindre lyckliga lösningar av tidiga utvecklingsuppgifter får betydelse för den fortsatta utvecklingen.

I den transaktionella modellen kan barnets egenskaper sägas vara både orsak till och effekt av förälderns bemötande och vice versa. I den här modellen kan, för de allra flesta former av psykisk ohälsa hos barn, inte någon enskild biologisk eller miljömässig faktor urskiljas som ensam kan förklara barnets aktuella symtombild.

## Hjärnans utveckling

En typ av skada på utvecklingsprocessen som kommit att uppmärksammas alltmer de senaste 10 åren, främst på grund av förbättrade undersökningsmöjligheter, rör hjärnans utveckling.

Människan skiljer sig från övriga djurarter i det att en stor del av hjärnans utveckling sker efter födelsen. Fördelen med detta är att hjärnans funktion blir bättre anpassad till den miljö som barnet växer upp i. På så sätt blir människans hjärna mer flexibel och vi behöver inte i samma utsträckning som andra djurarter förlita oss på en medfödd uppsättning reflexer och instinktmässiga beteenden. Nackdelen är att barn som under graviditeten och sina första levnadsår växer upp i miljöer som inte förmår tillgodose barnets behov, löper risk att få skador i centrala nervsystemet vilket påverkar hjärnans fortsatta funktion på ett negativt sätt och ökar risken för utvecklingen av psykisk ohälsa hos barnet (Cicchetti & Walker, 2001; Dawson m.fl. 1999; Glaser, 2000; Kaufmann & Charney, 2001; Nelson & Bosquet 2000; Post & Weiss, 1997). Om små barn far illa/utsätts för omsorgs-

svikt är det därför väsentligt att socialtjänsten agerar snabbt och antingen sätter in tillräckliga stödåtgärder i hemmet eller tillförsäkrar barnet en god uppväxtmiljö på annat sätt.

## Samspelet mellan förälder och barn

Under de första levnadsåren beskrivs barns utveckling bäst i ett relationsperspektiv (Lyons-Ruth, 1995; Sameroff & Emde, 1989). Hur relationen fungerar avspeglar sig i det observerbara samspelet mellan barn och förälder och i förälderns inre bilder av sig själv och sitt barn.

Barnets viktigaste utvecklingsuppgift under det första levnadsåret är att etablera en anknytning till föräldrarna eller till andra som träder i föräldrarnas ställe. Om relationen mellan spädbarnet och dess närmaste vårdare är allvarligt störd löper spädbarnet en klart förhöjd risk att skadas i sin utveckling (Lyons-Ruth, Zeanah & Benoit, 2003), och att som en effekt därav inte kunna lösa för åldern viktiga utvecklingsuppgifter. Det ökar i sin tur risken för att barnet senare utvecklar påvisbara symtom på psykisk ohälsa.

## Psykosociala riskfaktorer avseende samspelet förälder – barn

Förälderns förmåga till ett adekvat samspel med sitt barn är beroende av en rad faktorer; förälderns mentala hälsa och eventuell förekomst av missbruk, förälderns begåvning och egna negativa uppväxtfarenheter, förälderns ålder vid barnets födelse (tonårsgraviditet), och om hon/han har en dålig aktuell relation till de egna föräldrarna och därmed sämre socialt stöd samt avbruten utbildning under tonåren (Cicchetti & Cohen, 1995; Damon & Eisenberg, 1998; Sameroff, Lewis & Miller, 2000).

Ett av de viktigaste fynden beträffande risken för att barn utvecklar psykisk ohälsa rör sambandet mellan antalet belastnings- eller riskfaktorer och påverkan på barnet. Enbart en av faktorerna ovan ger knappast någon förhöjd risk för att barnets

ska utvecklas negativt, medan barn som växer upp i miljöer med flera riskfaktorer löper mångdubbelt större risk (10–20 ggr) att utveckla psykisk ohälsa (Sameroff, Seifer, Zax & Greenspan, 1987; Williams, Anderson, McGee & Silva, 1990). Bedömningen av vilken risk barnet löper att skadas i en viss uppväxtmiljö bör alltså fokusera på det sammanlagda antalet riskfaktorer snarare än på en eller ett par enskilda faktorer.

Sammanfattningsvis råder det idag bred enighet inom utvecklingspsykologin och spädbarnspsykiatrin vad beträffar synen på hur små barn skadas av omsorgssvikt, dvs. när föräldrarna inte förmår ge barnet adekvat omsorg och beskydd. Skadan uppstår i samspelet mellan förälder och barn och påverkar barnets förmåga att lösa för åldern viktiga utvecklingsuppgifter. En sämre lösning av en utvecklingsuppgift får betydelse för barnets fortsatta samspel med föräldrarna, andra vuxna och jämnåriga vilket i sin tur, i enlighet med den transaktionella modellen, påverkar barnets fortsatta utveckling. Allvarlig försummelse eller vanvård kan också få konsekvenser för hjärnans utveckling, vilket påverkar barnets kognitiva förmåga och möjligheterna att lösa framtida utvecklingsuppgifter.

## Utvecklingen påverkas också av faktorer utanför familjens kontroll

Förutsättningen för att vara en lyhörd och förutsägbar spädbarnsförälder påverkas kraftigt av sådana faktorer som vilket socialt skyddsnät föräldrarna har kring sig i form av mor- och farföräldrar och andra som kan ställa upp med avlastning. De flesta spädbarnsföräldrar är yrkesarbetande, och därmed spelar också arbetsplatsens inställning in. Hur ser man där på konflikten mellan yrkesroll och föräldraroll? Hur tolerant är man när det gäller en småbarnsförälder som inte vill påta sig många eller långa resor i tjänsten? För att gå ytterligare ett steg spelar samhällets formella sociala stödssystem i form av exempelvis rätt till betald föräldraledighet och förbud mot uppsägning av föräldrar som är föräldralediga in när det gäller att skapa förutsättningar för föräldraskap. En transaktionell modell av utvecklingen måste

alltså innefatta ”utbyten” på många nivåer (barn–föräldrar, förälder–arbetsplats, familj–samhälle etc.) och över lång tid.

För det växande barnet spelar faktorer utanför familjen i tilltagande utsträckning en direkt roll för såväl den normala utvecklingen som för risken att utveckla psykisk ohälsa. Nu för tiden tillbringar de flesta förskolebarn i Sverige fler vakna timmar varje dag tillsammans med barn och vuxna som man inte har några släktband med än man gör med sina egna föräldrar. Detta innebär att utvecklingen av t.ex. barnets självförtroende och förtroende till andra direkt påverkas av människor utanför familjen, utanför föräldrarnas kontroll, på ett sätt som var ovanligt för bara några decennier sedan.

Den amerikanske utvecklingspsykologen Urie Bronfenbrenner (1979) har utvecklat vad han kallar för en ekologisk modell där de miljömässiga faktorerna runt barnet beskrivs i form av interaktion mellan olika system (figur).



I modellens centrum finns barnet med sina medfödda egenskaper. Barnet befinner sig i olika mikrosystem, först bara familjen, sedan också förskola, kamratgrupp etc. Mikrosystemen interagerar med varandra (föräldrar hämtar och lämnar på dagis). Hur denna interaktion fungerar (meso-systemet) får betydelse för de olika mikrosystemen. På nästa nivå har vi det Bronfenbrenner kallar exo-systemet, dvs. det lokalsamhälle som inrymmer de olika mikrosystemen. Förutsättningarna för hur hem och förskola fungerar som uppfostringsmiljöer och samspelet dem emellan är olika i ett litet samhälle där alla känner alla, jämfört med ett större och mera anonymt samhälle. Förutsättningarna är också olika i olika delar av en större starkt segregerad stad, i vilken vissa områden är "lugna oaser" medan andra är "problemtyngda getton". Slutligen ingår i Bronfenbrenners modell det han kallar makro-nivån alltså den via lagstiftning och på andra sätt kodifierade samhällsandan när det gäller t.ex. relationen mellan barn och föräldrar. Den svenska lagen om förbud mot aga är ett bra exempel på hur samhället sätter gränser för vad som är acceptabelt föräldrabetende, och därmed långsiktigt påverkar olika mikrosystem och enskilda barns uppväxtvillkor.

Den transaktionella modellen tar oss alltså hela vägen från genetik och molekylärbiologi till sociologi och juridik och tiden är den ständigt närvarande faktorn. Ibland beskrivs modellen som en spiral som "skruvar sig fram". Biologiska, psykologiska och sociala faktorer samspekar hela tiden med varandra, och i varje ögonblick påverkas samspelet av resultatet av tidigare samspel. Problemet med så här komplicerade modeller är att de riskerar att förlora i precision och bli oanvändbara i praktisk verksamhet. Man måste försöka hålla så många bollar i luften att man till slut tappar dem alla. Enklare är då att koncentrera sig på det som man bestämt sig för "egentligen" betyder något och strunta i resten. Vi föredrar att se den transaktionella modellen som ett "paraply" under vilket flera olika teorier utvecklas och gör det möjligt att uttala sig mera precist om olika biologiska, psykologiska och sociala aspekter av utvecklingen. Modellen är viktig därför att den påminner oss om hur komplicerad och mångfacetterad utvecklingen är och om den centrala roll som tiden spelar för vilken riktning utvecklingen tar.

## Anknytning barnets viktigaste utvecklingsuppgift under det första levnadsåret

1969 presenterade den engelske barnpsykiatern John Bowlby den första delen i trilogin *Attachment and Loss*, som beskriver hur separationer, vanvård och försummelse tidigt i livet får konsekvenser för den fortsatta utvecklingen. Bowlbys och hans medarbetares arbeten ledde till ett enormt uppsving för forskningen om barns sociala och känslomässiga utveckling. *Anknytningsteorin* är idag den viktigaste utvecklingspsykologiska teorin vad avser effekten av omvårdnadsbrister på barns utveckling.

Att Bowlby använde evolutionsbiologin för att förklara hur ett nära känslomässigt band mellan spädbarnet och dess närmaste vårdare uppstår, togs inte väl emot av samtidens psykoanalytiska etablissemang. Bowlby fick se sina kliniska kollegor vända honom ryggen, eftersom anknytningsteorin ansågs vara ”alltför biologisk”. I själva verket var det så att teorin växte fram som ett sätt att betona miljöns, i motsats till drifternas och de infantila fantasiernas, betydelse för barnets utveckling!

Även om tendensen att knyta an är medfödd, så varierar kvaliteten på anknytningen och konsekvenserna för den fortsatta utvecklingen kraftigt, beroende på hur lyhört och samstämt det känslomässiga samspelet mellan barnet och dess vårdare är. Bowlby uttryckte detta på följande sätt: *”the inheritance of mental health and of ill health through family microculture is no less important, and may well be far more important, than is genetic inheritance”* (Bowlby, 1973, s. 323). Under barnets första levnadsår är dess huvudsakliga utvecklingsuppgift att skapa förutsättningar för en trygg anknytning till föräldern så att barnet, när det börjar kunna röra sig på egen hand, kan använda sig av föräldern som en trygg bas för sitt utforskande av världen (Bowlby, 1969/1982).

Under de första dagarna och veckorna använder spädbarnet syn, hörsel, lukt, smak och känsel för att lära känna sin omgivning och de personer som ständigt återkommer, främst föräldrar och syskon. Från början består spädbarnets eget signalsystem enbart av skriket och av förmågan att fästa blicken under kortare stunder. Denna förmåga används snart av barnet för att söka kontakt med omgivningen och ”hålla kvar” kontakten.

Efter en tid kan spädbarnet avge också positiva signaler, det så kallade sociala leendet växer fram. I takt med det sociala leendets framväxt blir det också allt tydligare att de personer som barnet känner bäst är de som lättast framkallar igenkännande glädjeyttringar hos barnet. Detta markerar övergången till nästa fas i anknytningsutvecklingen.

Efter ungefär 4 månaders ålder börjar barnet tydligt visa att det föredrar att bli omhändertaget, t.ex. bytt blöja på, av några få personer som barnet känner väl. Om barnet av någon anledning börjar skrika, får främmande personer allt svårare att trösta barnet. Barnet visar alltså på olika sätt att det nu är mera selektivt, att det helt enkelt föredrar att vara med vissa människor framför andra. Någon eller några månader senare sker det i de flesta fall en abrupt förändring. Barnet protesterar kraftfullt om det skiljs från sina föräldrar och det accepterar inte att bli omhändertaget av personer som det inte känner sedan tidigare.

Vid 9–10 månaders ålder kan barn i allmänhet krypa omkring och därmed i någon mån själv reglera avståndet till föräldern. Barnet visar nu ett *målstyrt beteende* genom att reglera avståndet till föräldern utifrån om det uppfattar att det finns en någon form av fara i omgivningen eller ej. När allt är frid och fröjd leker barnet till synes obekymrat om föräldrarnas närvaro, och man kan få intrycket att det inte bryr sig om ifall föräldern är där eller ej. Anknytningssystemet är för tillfället vilande och barnet kan med liv och lust utforska sin omgivning. Om det kommer in en främmande person i rummet eller, ännu värre, om föräldern lämnar rummet, slås anknytningssystemet på och barnet vill genast öka närheten till föräldern. Det är när vi ser detta som vi vet att barnet har format en specifik känslomässig relation, en *anknytning*.

## Föräldrarnas betydelse för anknytningsrelationens utveckling

Under de första månaderna i livet, innan anknytningen utvecklas på riktigt, är föräldrarnas viktigaste uppgift, förutom att ge mat, värme och beskydd, att hjälpa barnet med känslomässig



reglering. Spädbarn tål inte några längre stunder av starka negativa affekter, och deras egen förmåga att reglera eller modulera starka känslor är begränsad. De övermannas lätt av känslorna och behöver föräldrarnas hjälp för att successivt lära sig det som brukar kallas *emotionell reglering* (Thompson, 1994). Detta förutsätter att föräldern är lyhörd för barnets signaler och förmår svara prompt och adekvat på dem. Det är viktigt att föräldern inte låter barnet ligga och skrika långa stunder, eller är så tafatt i sitt hanterande av barnet att föräldrarnas omvårdnadsförsök inte leder till att barnet blir tröstat och slutar skrika. Spädbarn är robusta i den bemärkelsen att föräldrar inte behöver vara perfekta, dvs. alltid lyckas i sitt uppsåt att vara bra föräldrar. Spädbarn riskerar däremot att skadas om de negativa samspeleerfarenheterna dominerar över de positiva (Crockenberg & Leerkes, 2000, Havneskiöld & Risholm, Mothander, 2002).

Utöver föräldrarnas beskyddande omsorger behöver spädbarnet få sitt behov av socialt samspel tillgodosett. Att få blickkontakt under de stunder då barnet är mottagligt för kontakt, t.ex. under och strax efter matningen, är synnerligen viktigt för barnet. Om föräldern inte besvarar barnets kontaktförsök genom att le mot barnet, tala med det och erbjuda kropps-kontakt, intensifierar barnet först sina kontaktförsök. Om detta inte ger önskat resultat drar sig barnet successivt undan och vänder bort blicken. Detta är ett allvarligt tecken på att relationen mellan förälder och barn inte fungerar (Tronick, Ricks & Cohn, 1982).

Barnets förmåga att utveckla en trygg anknytning är alltså beroende av att föräldern förmår reagera adekvat på barnets signaler och erbjuda tröst och beskydd i situationer när barnet är ängsligt eller oroat av något (Ainsworth m.fl., 1978). Barn som tvingas växa upp i miljöer där omvårdnaden ligger utanför vad evolutionen har förberett barn på att klara av får betala ett högt pris, i värsta fall i form av bestående brister i den känslomässiga och sociala utvecklingen (Crittenden & Ainsworth, 1989).

## Kan barnet utveckla flera anknytningsrelationer?

De senaste decenniernas anknytningsforskning visar klart att barn, om de får möjlighet till nära kontakt, har förmågan att utveckla anknytningsrelationer till fler än en person. Anknytningen är under spädbarnsåren relationsspecifik, vilket innebär att den utvecklas till respektive vårdare på basis av kvaliteten på samspellet mellan barn och vårdare. Detta innebär att samma barn t.ex. kan utveckla en trygg anknytning till en vårdare och en otrygg till en annan. På grund av spädbarnets bristande minnesförmåga är det viktigt att barnet har en kontinuerlig kontakt utan längre avbrott med den person som barnet ska utveckla en anknytningsrelation till. Utöver mamman rör det sig oftast om pappan, ett flera år äldre syskon, mormor och/eller farmor samt kanske en dagmamma. Hur många anknytningspersoner barnet har varierar alltså med barnets familjesituation. Betyder det faktum att barn kan utveckla flera anknytningsrelationer att alla är ”lika viktiga”? Nej, anknytningsrelationen till den person som haft huvudansvaret för barnet (varit det man brukar kalla den primära vårdaren) under barnets första levnadsår betyder i de flesta fall mest för barnet. I de flesta familjer är detta fortfarande mamman. Man brukar i det här sammanhanget ofta prata om en anknytningshierarki, vilket innebär att barnet kan utveckla en trygg anknytning till t.ex. både mamma och pappa, men om barnet i en stressande situation har möjlighet att välja vem barnet ska gå till, så väljer barnet en av dem, nämligen den som ”står överst i hierarkin”, och det är oftast mamman. Det faktum att det existerar en sådan hierarki förringar på intet sätt betydelsen av övriga anknytningsrelationer. I lyckliga fall har barnet fått möjlighet att skapa anknytningsrelationer till 3–5 personer. Ett sådant barn är mindre utsatt om någon av relationerna av en eller annan anledning skulle svikta, jämfört med ett barn som bara utvecklat en anknytningsrelation. Det är viktigt att betona att barnet gör en stor ”investering” i utvecklingen av en anknytningsrelation. Därmed är det också viktigt att varje person som barnet knutit an till, är inställt på en varaktig relation till barnet

så att det inte förlorar kontakten med den personen (Lieberman & Zeanah, 1995).

## Vad händer om ingen anknytning utvecklas?

Redan på 1940-talet beskrevs symtom på anaklitisk depression (Spitz, 1946) hos institutionsvårdade spädbarn i åldern 6–12 månader i USA. De fick sina fysiska behov tillgodosedda men hade inte möjlighet att knyta an till någon bestämd person. Barnen visade social tillbakadragenhet, brist på känslomässiga uttryck och så småningom blev de apatiska, slutade äta och fick en allmänt försenad utveckling. Om barnen placerades i ett fosterhem där de fick möjlighet att knyta an till en specifik person, förbättrades barnens tillstånd radikalt och de utvecklades normalt.

Bowlbys tidiga arbeten handlade om institutionsvårdade barn vilka, på grund av att de övergivits av sina föräldrar och utsatts för upprepade byten av vårdare, inte fått möjlighet att utveckla en anknytningsrelation till någon person (Bowlby, 1944). Bowlbys och hans medarbetares (Robertson & Robertson, 1989) fortsatta arbeten ledde till ändrade sjukhusrutiner och förändrad institutionsvård av barn i Västeuropa och USA under 1960- och 70-talen. Under det senaste decenniet har en rad institutionsvårdade barn, framför allt från Rumänien, adopterats till Väst-europa, USA, Kanada och Australien. Uppföljningar av dessa barn styrker i allt väsentligt resultaten från de tidigare nämnda studierna .

Sammanfattningsvis visar studierna att barn som tillbringat sina första år på barnhem av låg kvalitet med täta byten av vårdare och utan möjlighet att forma en anknytningsrelation drabbas av långsiktiga, i värsta fall permanenta, psykiska skador. Dessa tar sig framför allt uttryck i en oförmåga att senare i livet knyta nära ömsesidiga relationer och en kraftigt förhöjd risk för allvarliga utagerande beteendeproblem.

## Olika typer av anknytning

Forskningen om små barns anknytning visar att man dels kan skilja mellan trygg och otrygg anknytning, dels mellan organiserad och desorganiserad anknytning.

### Trygg anknytning

Anknytningssystemet fungerar som en termostat. Det slås av vid upplevd trygghet och möjliggör på så sätt ett nyfiket utforskande av världen. Det tryggt anknutna barnet har en inre förvisning om att det alltid kan återvända till ”den trygga hamnen” för att få beskydd om det skulle behövas. Existensen av en trygg bas ger den känsla av trygghet som barnet behöver för att hänge sig åt sin nyfikenhet och sitt behov av att utforska världen Först när den upplevda tryggheten minskar genom exempelvis yttre hot eller på grund av trötthet eller sjukdom, slås anknytningssystemet på och hämmar därigenom effektivt andra beteendesystem. Det tryggt anknutna spädbarnet skaffar sig, genom erfarenheter av att föräldern ”hör, förstår och vill hjälpa barnet”, en flexibel relation till föräldern, som gör att det kan växla mellan utforskande och trygghetssökande beteenden. Studier från främst olika västländer har visat att ungefär 60–70 procent av spädbarnen har utvecklat en trygg anknytning till åtminstone en av sina föräldrar.

### Otrygg men organiserad anknytning

Vad händer med de spädbarn där samspelet med föräldern inte på samma sätt karaktäriseras av lyhördhet och förutsägbarhet?

### Undvikande anknytning

Undvikande anknytning utmärks av att barnet inte visar något behov av att använda föräldern som en trygg bas. Barn som i ettårsåldern betar sig på det här viset har, i högre utsträckning än de tryggt anknutna barnen, erfarenhet av ett samspel med föräldern där denne visat att hon/han inte är så förtjust i barnets

”klängigt-behövande” känslomässiga behov. Eftersom små barn behöver närhet till sina föräldrar för att deras säkerhet skall garanteras, lär sig barn med undvikande anknytning snart att möjligheten att uppnå en optimal närhet är beroende av att barnet inte ger alltför tydliga uttryck för behov av tröst och omsorg. Man ska inte ”gnälla för småsaker” – allt enligt den vuxnes definition av småsaker – det är bäst att hålla dessa behov för sig själv.

### **Ambivalent anknytning**

Ambivalent anknytning utvecklas främst i relationer där föräldrarnas samspel med barnet är mer oförutsägbart lyhört. Problemet är att barnet har svårt för att lära sig att ”läsa” föräldern. Som utifrån kommande betraktare av samspelet kan man se att det i hög utsträckning sker på den vuxnes villkor. När det passar föräldern kan denne vara en mycket bra förälder, men till skillnad från föräldern till ett tryggt anknutet barn, styrs föräldern mycket mindre av barnets signaler. Barnet lär sig alltså inte att det själv kan reglera samspelet med föräldern med hjälp av sina signaler, utan det är mer utlämnat åt föräldrarnas godtycke. Ambivalent anknutna barn skaffar sig därför mindre tilltro till sin egen förmåga och därmed riskerar de att bli väldigt passiva. Andra skruvar upp anknytningsbehovet ”på full volym”. Genom att ängsligt, och ofta gnälligt, bevaka varje steg föräldern tar, och genom att klänga sig fast vid föräldern, skaffar sig barnet den närhet det behöver för att bli garanterat beskydd om verklig fara skulle hota.

Trygg, undvikande och ambivalent anknytning har det gemensamt att samspelet mellan förälder och barn trots allt visat en tillräckligt hög grad av konsistens för att barnet ska lyckas med att skapa sig en sammanhållen mental representation av relationen till föräldern. Man kan säga att de utgör olika grader av normal anknytning, där en trygg anknytningsstrategi anses ge den bästa grunden för barnets fortsatta utveckling.

## Desorganiserad anknytning

På senare år har en allt större del av anknytningsforskningen kommit att handla om utvecklingen av en specifik form av otrygg anknytning i åldern 12–18 månader, som kallas desorganiserad. Det innebär att samspelet mellan barn och förälder inte bara saknat tillräcklig lyhörddhet, kontinuitet och förutsägbarhet, utan samspelet har också innehållit element av rädsla. Evolutionärt sett är ändamålet med anknytningen att garantera barnet en tillräcklig närhet till en beskyddande vuxen när fara hotar, dvs. när anknytningssystemet ”slås på”. Vad händer om den person som barnet är anknutet till är samma person som väcker barnets rädsla, den som ”slår på” anknytningssystemet? Å ena sidan driver anknytningssystemet då barnet i armarna på föräldern, å andra sidan ökar barnets rädsla ju närmare den hotfulla föräldern barnet kommer. Barnet hamnar i en omöjlig konflikt-situation. Mary Main och Erik Hesse talar om *fright without solution*.

Föräldrar med svåra obearbetade upplevelser feltolkar i förhöjd utsträckning spädbarns signaler och reagerar på dem med aggressivitet eller rädsla (Hesse & Main, 1990; Lyons-Ruth, & Jacobvitz, 1999). Det kan röra sig om föräldrar som själva blivit misshandlade eller utsatta för övergrepp som barn. Det kan också gälla föräldrar som förlorat ett barn något eller några år före det aktuella barnets födelse, eller föräldrar som har andra obearbetade trauman eller förluster i den egna ryggsäcken. Gemensamt för dem är att barnets starka känslomässiga signal i form av gråt eller klängighet väcker något till liv i föräldrarnas inre som hon/han reagerar på. Föräldrarnas beteende blir oförståeligt och skrämmande för barnet. Oförståeligt, därför att föräldern reagerar på sin egen obearbetade upplevelse snarare än på sitt spädbarns verkliga signal. Skrämmande eftersom barnet i stället för tröst och/eller beskydd känner sig hotat av föräldern. En del föräldrar reagerar i stället med att bli skrämmda av sin egen inre upplevelse, men även en rädd förälder är hotande för ett litet barn som söker tröst och beskydd.

Spädbarnets bristande kognitiva kapacitet gör det omöjligt för barnet att organisera en sammanhållen representation av

samspelet med föräldern och därför betecknas anknytningen som desorganiserad. I undersökningsgrupper bestående av ”normalföräldrar” uppgår andelen barn med sådan anknytning till ca 10 procent och den är främst kopplad till förekomsten av obearbetade förluster eller trauman hos föräldern (van IJzendoorn m.fl., 1999). I uttalade riskgrupper, som barn till föräldrar med depression, missbruksproblem eller tidigare belagd förekomst av omsorgssvikt är andelen betydligt högre, upp till 80 procent (van IJzendoorn m.fl., 1999).

## Tidig anknytning och senare utveckling

Den tidiga anknytningens betydelse för den fortsatta utvecklingen har sin grund i de *inre arbetsmodeller* av samspelet med vårdarna som barnet bildar. En inre arbetsmodell kan beskrivas som en generaliserad mental representation av barnets samspelserefarenheter med anknytningspersonen. Den inre arbetsmodellen innehåller alltså både en representation av barnet själv (som t.ex. värd eller inte värd att älskas) och av föräldern (som någon som barnet t.ex. kan/inte kan vända sig till och få beskydd när fara hotar). De inre arbetsmodeller som barnet utvecklar i samspelet med sina anknytningspersoner kommer att få betydelse för hur barnet samspelar med andra människor (barn och vuxna) utanför familjen.

Arbetsmodellerna utvecklas till en generaliserad förväntan på vad barnet kan förvänta sig av samspel i nära relationer t.ex. att bli uppskattad och beskyddad eller utnyttjad och hånad (Bowlby, 1973). Denna generaliserade förväntan kommer i sin tur att forma barnets sätt att närma sig och samspela med andra personer.

Uppföljningsundersökningar av barn som uppvisat desorganiserad anknytning i åldern 12–18 månader visar att dessa barn löper en allvarligt ökad risk att utveckla främst aggressiva beteenderubbningar under förskole- och skolåren. Särskilt stor är risken om barnet har en desorganiserad anknytning och det samtidigt föreligger en eller flera psykosociala riskfaktorer (se ovan) (Lyons-Ruth, Alpern & Repacholi, 1993).

## Betydelsen av tidig intervention

Att mäta kvaliteten på barnets anknytning under de första levnadsåren är inte möjligt eftersom processen är i vardande. Samtidigt är det viktigt att inte dröja med att ge barnet en tillräckligt bra livsmiljö eftersom forskningen visar betydelsen av de första årens emotionella erfarenheter. Vad som framstår som nödvändigt är att med barnets utveckling i fokus värdera föräldrarnas förmåga att erbjuda adekvat omvårdnad, så att barnet ges möjlighet att forma en organiserad anknytning till föräldrarna. Att barnet mot slutet av första levnadsåret knutit an till föräldern är dock i sig inget bevis på att barnet fått en tillräckligt god omvårdnad. Anknytningen utvecklas, som nämnts tidigare, på basis av fysisk närhet mellan barn och vårdare. Det är alltså i allmänhet felaktigt att tala om t.ex. en svag anknytning. Relationen behöver i stället beskrivas utifrån vilken trygghet som föräldrarnas närvaro förmår skänka barnet i situationer när det känner sig skrämt eller hotat.

Vi får inte heller glömma bort att formandet av en anknytning är en rejäl investering såväl för barnet som för den förälder eller annan omvårdnadsperson som engagerar sig i barnet. Detta innebär också att vi måste skapa bättre garantier för att sådana relationer kan bli långsiktiga. Barn som tidigt i livet placeras i hem utanför den egna familjen och som skapar anknytningsrelationer till de personer som tar hand om dem, måste få möjlighet att få behålla dessa relationer även om orsaken till omhändertagandet av barnet, t.ex. föräldrarnas missbruk, inte längre är aktuell.

## Att bedöma omvårdnadsförmåga

Aspekter av föräldrarnas del i samspelet med sitt spädbarn som visat sig få effekt på utvecklingsprocessen är bland annat föräldrarnas förmåga att svara lyhört och förutsägbart på barnets signaler (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999), samt hur påträngande (initierar kontakt med barnet när barnet är upptaget av



annat) respektive tillbakadragen (svarar inte på barnets upprepade kontaktförsök) föräldern är i samspel med spädbarnet (Lyons-Ruth, Bronfman & Parsons, 1999). De aspekter av omvårdnadsfunktionen som kan observeras i det omhändertagande vardagsbeteendet över tid är framför allt föräldrarnas:

- *Förmåga att skydda barnet mot olika faror.* Anknytningens evolutionära ändamål är att bereda barnet skydd i situationer när fara hotar. Historiskt har detta handlat om skydd mot rovdjur etc. Idag gäller behovet av beskydd sådant som korrekt handhavande av barnet vid sjukdom, att skydda barnet mot faror i och utanför hemmet, och att vara uppmärksam på det lilla barnets grundläggande behov av temeratureglering, mat, vila och skydd mot alltför häftig stimulering.
- *Lyhördhet för barnets behov,* dvs. förmåga att kunna se att ibland behöver barnet lugn och ro medan det vid andra stunder behöver stimulans och att behoven växlar över dygnet och följer barnets temperament och ålder.
- *Förmåga att förmedla att barnet har en egen rätt att existera,* att föräldrarna är beredda att sätta sina egna behov åt sidan för att finnas till för att stödja barnets behov.
- *Förmåga att samarbeta med barnet.* Att flexibelt kunna finna lösningar i vardagliga situationer som gör att samvaron ”flyter” så att en utvecklingsbefrämjande dialog uppstår.
- *Förmåga att förutsägbart och pålitligt finnas till för sitt barn* så att barnet ges möjlighet att utveckla en inre bild av ”hur det är att vara med mamma/pappa”.

För att föräldrar ska kunna utveckla en adekvat föräldraförmåga inom dessa dimensioner krävs en emotionell flexibilitet, en förmåga att vara både ett halvt steg före, för att kunna gissa vad barnet ska ta sig till eller vad som ska ske närmast, och ett halvt steg efter för att inte tränga sig på barnet utan kunna fånga upp och besvara de beteendetryck som barnet visar. I denna adaptiva kapacitet ryms också den emotionella förmågan att reparera

samspel som brustit och återetablera relationen när man tappat kontakten eller missförstått varandra (Tronick m.fl. 1982).

## Avslutning

John Bowlby beskrev en gång på en föreläsning hur den kliniska barnpsykologin under mycket lång tid förbisett betydelsen av verkliga livshändelser för barns utveckling därför att den rådande psykoanalytiska teorin betonade barns inre fantasier så starkt. Vi var, sa Bowlby, som strutsar som stoppat ner huvudet i sanden och inte såg det mest uppenbara på grund av våra teoretiska skygglappar t.ex. förluster, separationer, vanvård eller miss-handel. Han fick då frågan vad det är vi inte ser idag. Bowlby, som just hade fyllt 80 år, log och sa att det får vi inte reda på förrän vi tar upp huvudena ur sanden, dvs. vi är alla i olika utsträckning vår egen tidsandas fångar. Men Bowlby var, enligt egen utsago, inte i första hand vetenskapsman utan kliniker. Det viktigaste, menade han, är att vi tar ansvar för att den kunskap som finns om barns utveckling också kommer barnen till godo. Låt oss hjälpas åt att verka i Bowlbys anda och, även när vi arbetar med omsorgssvikt, minnas vad han skrev redan 1951 i en rapport till Världshälsoorganisationen; ”Ett samhälle som sätter värde på sina barn, måste vårda sig om deras föräldrar”.

För den som vill läsa vidare och fördjupa sig i ämnet anknytning hänvisas till Anders Broberg m.fl.: *Anknytningsteori (del 1) Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Natur och Kultur 2006. Del 2 planeras komma ut hösten 2008 på Natur och Kultur under namnet: *Anknytning i praktiken; metodologiska vardagliga och kliniska tillämpningar av anknytningsteori*.

## Referenser

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* 4<sup>th</sup> Ed. (DSMIV) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bowlby, J. (1944). *Forty-four juvenile thieves and their home backgrounds*. The International Journal of Psychoanalysis.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. WHO monograph series, No 2. Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss. Vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books. 2:a reviderade upplagan 1982.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2 Separation*. New York: Basic Books.
- Cicchetti, D. & Walker, E.F. (2001). *Stress and development. Biological and psychological consequences*. (Editorial). *Development and Psychopathology*, 13, 413–418.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. (Red.). (1995). *Developmental Psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder and adaptation*. New York: Wiley.
- Crittenden, P.M. & Ainsworth, M.D.S. (1989). *Child maltreatment and attachment theory*. I D. Cicchetti & V. Carlson (Red.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. ss. 432–463). Cambridge: Cambridge University Press.
- Crockenberg, S. & Leerkes, E. (2000). *Infant social and emotional development in family context*. I C. H. Zeanah Jr. (Red.). *Handbook of infant mental health 2<sup>nd</sup> Ed.* (ss. 60-90). New York: Guilford.
- Damon, W. & Eisenberg, N. (Red.). (1998). *Handbook of child psychology* (5<sup>th</sup> Ed.): *Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. New York: Wiley.
- Dawson, G., Frey, K., Self, J., Panagiotides, H., Hessel, D., Yamada, E. & Rinaldi, J. (1999). *Frontal brain electrical activity in infants of depressed and nondepressed mothers: Relations to variations in infant behavior*. *Development and Psychopathology*, 11, 589–605.
- Glaser, D. (2000). *Child abuse and neglect and the brain: A review*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97–116.
- Havneskiöld, L & Risholm Mothander P: *Utvecklingspsykologi; Psykodynamisk teori i nya perspektiv*. 2:a Utg. Stockholm, Liber.
- Kaufmann, J., & Charney, D. (2001). *Effects of early stress on brain structure and function. Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression*. *Development and Psychopathology*, 13, 451–471.
- Lieberman, A.F. & Zeanah, C.H. (1995). *Disorders of attachment in infancy*. I. K. Minde (Red.), *Child Psychiatric Clinics of North America: Infant psychiatry*. (ss. 571–588). Philadelphia: Saunders.

- Lyons-Ruth, K. (1995). *Broadening our conceptual frameworks: Can we reintroduce relational strategies and implicit representational systems to the study of psychoanalytic theory?* *Developmental Psychology*, 31, 432–436.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). *Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom.* *Child Development*, 64, 572–585.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). *Maternal disrupted affective communication, maternal frightened or frightening behavior and disorganized infant attachment strategies.* I J. Vondra & D. Barnett (Red.). *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research and current directions.* Monographs of the Society for Research in Child development, 64(3) (Serial No. 258), 67–96.
- Lyons-Ruth, K., Zeanah, C.H. & Benoit, D. (2003). *Disorder and risk for disorder during infancy and toddlerhood.* I E.J. Mash & R. A. Barkley (Red.), *Child Psychopathology* 2nd Ed. (ss. 589–631). New York: Guilford.
- Nelson, C. A., & Bosquet, M. (2000). *Neurobiology of infant development: Implications for infant mental health.* I C. H. Zeanah Jr. (Red.). *Handbook of infant mental health* 2<sup>nd</sup> Ed. (ss. 37–59). New York: Guilford.
- Post, R.M. & Weiss, S.R.B. (1997). *Emergent properties of neural systems. How focal molecular neurobiological alterations can affect behavior.* *Development and Psychopathology*, 9, 907–929.
- Robertson, J. & Robertson, J. (1989). *Separations and the very young.* London: Free Association Books.
- Sameroff, A. & Emde, R.N. (1989). *Relationship disturbances in early childhood.* New York: Basic Books.
- Sameroff, A. Seifer, R., Zax, M. & Barocas, R. (1987). *Early indicators of developmental risk: The Rochester Longitudinal Study.* *Schizophrenia Bulletin*, 13, 383–393.
- Sameroff, A.J. & Fiese, B.H. (2000). *Models of development and developmental risk.* I C. H. Zeanah Jr. (Red.). *Handbook of infant mental health* 2<sup>nd</sup> Ed. (ss. 3–19). New York: Guilford.
- Sameroff, A.Lewis, M. & Miller, S. (Red.) (2000). *Handbook of developmental psychopathology.* New York: Plenum.
- Spitz, R. (1946). *Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood.* *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 47–53.
- Thompson, R.A. (1994). *Emotion regulation: A theme in search of definition.* Monographs of the Society for Research in Child development, 59(2–3) (Serial No. 240), 250–283.
- Tronick, E.Z., Ricks, M. & Cohn, J.F. (1982). *Maternal and infant affective exchange: Patterns of adaptation.* I T. Field & A. Fogel (Red.), *Emotion and early interaction* (ss. 83–100). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- van IJzendoorn, M., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M.K. (1999). *Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae*. *Development and Psychopathology*, 11, 25–249.
- Williams, S., Anderson, J., McGee, R., & Silva, P.A. (1990). *Risk factors for behavioral and emotional disorder in preadolescent children*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 413–419.
- Zeanah, C.H., Larrieu, J.A., Scott Heller, S. & Valliere, J. (2000). *Infant-parent assessment*. I C. H. Zeanah Jr. (Red.). *Handbook of infant mental health 2<sup>nd</sup> Ed.* (ss. 222–235). New York: Guilford.

# Affektteori och föräldrars omsorgsförmåga

*Av Kati Falk, leg. psykolog, Barnkardiologen, Barn- och Ungdomsjukhuset, Universitetssjukhuset i Lund.*

*Kati har tidigare arbetat inom Barn- och ungdomspsykiatri i situationer där anknytningen avbryts på grund av sjukdom eller dödsfall hos barnet eller föräldern. Hon har ofta föreläst om barn som anhöriga till somatiskt och/eller psykiskt sjuka föräldrar och i många år undervisat i utvecklingspsykologi, där hon haft fokus på relationen barn – föräldrar och den tidiga anknytningen som grund för psykisk hälsa.*

Anknytningsteorierna har genererat mängder av forskning om den tidiga föräldra-barnrelationen och dess betydelse för barnets framtida psykiska hälsa. Teorierna har vidareutvecklats och varit användbara, inte minst när vi lagt fokus på föräldraförmågan, eller snarare allvarliga brister i föräldraförmågan. Den senaste grenen av neurovetenskapen – den affektiva neurovetenskapen – ger oss ytterligare redskap att förstå vad olika anknytningsmönster/strategier egentligen handlar om.

Kunskap om vårt medfödda affektiva system, om vad som krävs för framgångsrik affektreglering och affektintegrering, ger ökade möjligheter att bedöma var brytpunkten ligger mellan ett tillräckligt gott föräldraskap och ett otillräckligt.

Inom effektteorin räknar man med att barnet föds med ett välutvecklat affektivt system. Det är ett system för känslor som är reflexmässiga, ungefär som sugreflexen. Affekter påverkar hela kroppen och styrs av de delar i hjärnan som mognar först. Barnet är duktigt på att orientera sig via affekterna, både sina egna och den närmaste omgivningens. Vårt enda sätt att få kunskap om den yttre världen är genom dessa affekter. Hur det ”känns i magen” styr.

Det finns nio medfödda affekter:

*Två positiva:*

intresse/nyfikenhet/lust

glädje/lättnad

*En neutral:*

förvåning

*Sex negativa:*

oro/rädsla

ledsnad/sorg/förtvivlan

ilska/vrede/raseri

avsky

avsmak

skam

De negativa affekterna är flest, eftersom deras syfte är att skydda oss. Skammen är den sist utvecklade och brukar kallas för självreflexiv. Den träder i kraft och manar till självreflektion och eftertanke när vi ”gått för långt” i vår iver, glädje och nyfikenhet eller lust.

I nära samspel med den omgivande mänskliga miljön utvecklas successivt det affektiva systemet från att vara rent biologiskt och kroppsligt, via barnets gryende medvetenhet om ”att det känns och hur det känns”, till det vi i dagligt tal kallar för känslor eller emotioner. Då har barnet fått förmåga att minnas och ge symboliskt uttryck för sina känslor, främst genom språkets utveckling. Detta bereder i sin tur vägen för att barnet får en historia, en självbiografi grundad på erfarenheter med känslomässigt innehåll och barnets eget själv blir mer avgränsat. Samspelet mellan barnet och viktiga andra blir rikare och mer varierat i såväl samförstånd som konflikter. Hur denna utveckling sker blir avgörande för barnets framtida personlighet. Det handlar om:

- hur barnet lär känna de olika kroppsliga tillstånd, som affekterna utgör, med hjälp av resonansen och gensvaret från föräldern

- hur barnets egen upplevelse ges stabilitet, mening och sammanhang via föräldrarnas lyhörddhet, psykiska tillgänglighet och kärleksfulla omvårdnad
- hur barnet får hjälp med att sätta ord på och ge sammanhang åt sina erfarenheter via föräldrarnas förmåga att förstå sina egna känslor och erfarenheter.

Affektsystemet utvecklas alltså inom ramen för anknytningen och barnet lär sig sakta att hantera och reglera sina affekter. Till att börja med är barnet helt beroende av föräldrarnas förmåga att å ena sidan reglera ner de negativa affekterna, å andra sidan initiera och upprätthålla de positiva. Detta blir möjligt genom att vårt affektiva system är så konstruerat att det smittar. Det som lättast utlöser en affekt är ett affektivt uttryck hos en annan människa. Speciellt känsligt tycks systemet vara mellan barn och föräldrar. Det är mycket svårt att inte uppmärksamma eller påverkas av känslouttrycken hos barn under tre år.

Till att börja med handlar det för föräldrarna om att direkt reglera barnets affekter så att det inte överväldigas av sina känslor. Detta sker när modern i sin egen kropp erfar barnets affektiva tillstånd, uppmärksammar det och vid behov återställer den psykofysiska balansen. Hon lugnar, tröstar och ger omvårdnad vid negativt affektivt påslag. Barnet lär sig att närhet till föräldern förhindrar att de negativa affekterna stegras och intensifieras till kaos och panik och söker därför aktivt föräldrarnas lugnande närhet. När mor och barn möts under inflytande av den positiva affekten lättad/glädje utlöses hos båda kroppens eget belöningssystem i form av endorfiner, vilka är starkt beroendeframkallande. Barnet kommer att längta efter dessa möten – precis som modern – och de första känslomässiga banden knyts. De ständigt upprepade känningarna i barnets kropp, vilka är nästan likadana varje gång barnet blir glad, arg, rädd eller ledsen, lär barnet att känna igen sina egna kroppsliga reaktioner. Förstärkta av moderns lyhörda reglerande, kopplas de till vardagligt upprepade sammanhang som amning, blöjbyte, matning, lek etc. och sakta etableras hos barnet en gryende känsla av ett själv.



När barnet blir lite äldre (2–3 mån) får det en fastare kärna, ett kärnsjäl. Då börjar moderns affektreglering att förändras. Föräldrarnas fokus är nu inte bara på den rena affekten utan även på dess funktion och vad den betyder för barnet. Föräldern börjar alltmer tillskriva barnet ett själv med avsikter och intentioner. Fortfarande orienterar dock både barnet och föräldern utifrån affekterna och det är dessa som motiverar till handling.

För att intoningen skall fungera väl måste föräldern ha förmåga att reflektera kring sina egna känslotillstånd, förstå deras mening och betydelse och handla därefter. Föräldern måste alltså ha tillgång till mentaliseringsförmågan, dvs. uppfatta emotioner som mentala/psykiska enheter som vi kan reflektera kring. Föräldern måste också kunna göra skillnad mellan intoningen, när föräldern fokuserar på barnets känsloupplevelse och när föräldrarnas egen känsloupplevelse och vad han/hon vill förmedla till barnet står i fokus. Detta kan ske antingen för att föräldern vill initiera något hos barnet eller för att reglera barnets känslotillstånd genom att exempelvis svara på barnets affektiva tillstånd och mjukt transformera sin egen affekt så att barnet lugnas och tröstas.

Så småningom kan barnet föregripa lugnandet när rädslan slår till. Barnet behöver inte bli så rädd utan kan börja lugna sig själv – självregleringen har börjat och gör det möjligt för barnet att skilja mellan inre och yttre verklighet, den psykiska och den fysiska världen, mellan sig själv och andra. Om föräldern saknar förmåga att värdera situationen rätt och i stället reagerar med att trappa upp både barnets och det egna affektiva påslaget, finns en risk att oron stegras till skräck eller panik.

När det gäller lite äldre barn blir denna utveckling tydlig, inte minst förmågan att göra skillnad mellan lek och allvar, på låtsas och på riktigt. Redan en ettåring kan förtjust delta i ”lek med verkligheten” där föräldern på ett humoristiskt sätt förvränger verkligheten genom att t.ex. kalla en hund för en katt eller låta tuppen skälla. Detta befäster barnets förmåga att skilja mellan den inre psykiska och den yttre konkreta verkligheten. Dessa två verkligheter är dock ännu inte integrerade, utan barnet tror att deras inre liv är en sann återspeglning av verkligheten. När språkutvecklingen ta fart börjar det emellertid bli möjligt att reflektera

kring sina önsknningar och föreställningar och så småningom förstå att man kan ha fel i sin uppfattning om verkligheten och att andra kan uppfatta saker annorlunda.

För att nå fram till en utvecklad ”Theory of minds and emotions”, dvs. förmåga att förstå att både man själv och andra styrs av tankar och känslor, måste det affektiva systemet ha utvecklats och formats i mötet med en förälder, som själv uppnått förmågan att förhålla sig empatiskt till sig själv och till andra. Att sätta ord på sina känslor är naturligtvis empatins främsta redskap, men för att språket skall fylla en funktion i affektregleringens tjänst måste barnet tidigare ha gjort erfarenheten att det är meningsfullt att uttrycka affekter och att försöka förstå andras agerande genom att tolka deras känslouttryck. Med andra ord måste de ha upplevt det meningsfulla i det affektiva samspel som sker i vardagen mellan barn och föräldrar.

Ett barn som växer upp med en ”tillräckligt god förälder” lär sig att föräldern reagerar och agerar med en viss konsekvens, ungefär på samma sätt i liknande situationer. Det gör det möjligt för barnet att i viss mån förutsäga föräldrarnas agerande och därmed själv skapa en viss ordning i kaos. När föräldern brister i sin förmåga att reglera barnets affektiva tillstånd måste barnet ta till strategier för att skydda sig. Dessa strategier karaktäriserar de otrygga anknytningsmönstren.

## Anknytningsstrategier

### Otrygg, undvikande

1. Modern är oftast inte tillgänglig eller saknar förmåga till empatisk intoning och reagerar på barnets negativa affekter enbart med samma affektiva tillstånd.
2. Barnets negativa affekter lämnas utan reglering eller trappas upp och förstärks av resonansen hos modern. De negativa affekterna riskerar att nå höga och toxiska nivåer.
3. Barnet tvingas till kraftfulla strategier för att skydda sig genom hypervaksamhet eller dissociation. Barnet får svårt att

erfara sina egna kroppsliga reaktioner och att orientera sig i tillvaron med affekterna som kompassnål.

4. Barnet får inga redskap för att reglera ner affekter. Allt detta medför brister i självutvecklingen och svårigheter i det sociala samspelet. Strategin blir att undertrycka, göra sig omedveten om sina egna känslor och undvika andras.

### **Otrygg, ambivalent**

1. Modern är ofta tillgänglig men växlar mellan felintoning och upptrappning.
2. Barnet blir förvirrat då föräldrarnas affektiva uttryck inte stämmer med hur barnet känner. Barnet får inte sina egna affekter bekräftade utan ”påtvingas” moderns ofta snabbt växlande, uppskruvade affekter.
3. Detta medför en ”förvrängd självkänsla” med stora svårigheter att uppleva de egna affekterna.
4. Barnet blir starkt beroende av moderns närvaro, separationskänsligt, då det vacklande självet inte ”klarar sig på egen hand”.
5. Förmågan till affektreglering blir mycket bristfällig då intoningen ej fungerat. Barnet blir ett rov för såväl sina egna som andras överdrivna känslöstämningar.
6. Förmågan att mentalisera och reflektera går om intet. Relationer används för att direkt reglera de egna affekterna antingen genom att överta moderns affekter, bli lika arg lika glad, eller genom att med alla till buds stående medel få modern att överta de egna känslorna. Relationen präglas av häftiga känslövängningar, där konflikter och bitter maktkamp växlar med ett ömsesidigt barnsligt beroende.
7. Har de tidigaste relationerna varit direkt hotfulla och förnedrande kommer barnets själv att till en del innehålla dessa ”lånade” kvaliteter med självförakt och självhat som en möjlig konsekvens.

8. Ibland kan en tillfällig lättnad uppnås genom att den andre tillskrivs dessa negativa drag – det är inte jag som är värdelös och oduglig, det är du. Detta är en del av mekanismerna bakom mobbing och längre upp i åldrarna bakom destruktivt våld i nära relationer.
9. Oförmågan att mentalisera och reglera affekter adekvat gör barnen dubbelt beroende av andra. Dels utgör relationen en garanti mot övergivenheten och kaos, mot att stå där med sitt sköra, sårbara själv. Dels krävs den andres ständiga närvaro för att kunna reglera sin egen självkänsla när självföraktet och självhatet hotar.

Genom att bättre förstå hur mekanismerna i det känslomässiga samspelet mellan barn och föräldrar ser ut och vad som krävs för att barnets förmåga att hantera sitt eget och förstå sig på andras känsloliv skall utvecklas, tror jag vi kan bli bättre på att stödja familjer så att omsorgen blir ”good enough” respektive att veta när loppet är kört och ett omhändertagande måste göras. Det krävs en hög grad av medvetenhet om barns självutveckling för att kunna avgöra när i utvecklingsprocessen de måste få chans att lära nytt eller lära om. Ibland tror jag tyvärr att vi varit alltför naiva och optimistiska när det gäller barns möjligheter att utvecklas normalt ”trots allt”.



## Problem som kan hindra anknytningen

Barnet ingår redan från början i en triad, dvs. mamma-pappa-barn. Även det mycket lilla barnet påverkas av hur triaden fungerar, inte bara när det gäller relationen föräldrar – barn utan också när det gäller föräldrarnas inbördes relation. Små barn påverkas starkt exempelvis av om föräldrarnas relation präglas av värme och trygghet eller av aggressivitet och fientlighet. I detta kapitel berörs några problem hos föräldrar som påverkar anknytning och samspel negativt, nämligen *konflikter och våld, missbruk, utvecklingsstörning* eller *psykisk sjukdom* hos en eller båda föräldrarna. Det är problem som innebär att en eller båda föräldrarna permanent eller periodvis är otillgängliga för barnet och att han/hon/de är oförutsägbara. Barnen kan inte lita på att deras föräldrar finns där när de behöver dem och löper risk att känna sig oälskade och värdelösa.

Även i flyktfamiljer kan problem med anknytning och samspel uppstå. Om föräldrarna har svåra trauman bakom sig, som de inte får hjälp att bearbeta när de kommer till Sverige, och om de dessutom får vänta länge på beslut om uppehållstillstånd, är det risk att föräldrarnas psykiska hälsa kraftigt försämras. Ett litet barn står för hopp och framtidstro, men om förtvivlan och hopplöshet i stället är de dominerande känslorna inför framtiden, finns en risk för att även barnet förknippas med dessa känslor. En passiviserad, ångestfylld och deprimerad förälder har dåliga förutsättningar att skapa en god relation till sitt lilla barn. Även äldre barn påverkas kraftigt av denna situation och ger i värsta fall upp själva livet.

## Konflikter och våld i föräldrarnas relation

Att vänta barn betraktas i allmänhet som något positivt och man föreställer sig att den gemensamma lyckan stärker paret relation. Så är det också för de flesta, men det förekommer också att konflikterna ökar och att våld kommer in i bilden redan under graviditeten. I rapporten *Barn i skuggan av våldet* (Socialstyrelsen 2002) beskrivs att misshandeln av mamman i 80 procent av fallen började under graviditeten eller barnets första levnads-månader. Den påfrestning som ankomsten av ett barn kan utgöra för parrelationen finns rikligt beskriven i litteraturen. Att den ökade arbetsbördan, oro och sömnlöshet, en förändrad parrelation etc. medför större påfrestningar än paret klarar av, framgår inte minst av att förhållandevis många skiljer sig under småbarnsåren.

Om konfliktnivån mellan föräldrarna blir så hög att den leder till en vårdnadstvist medför separationen i de flesta fall ytterligare påfrestningar, eftersom de föräldrar som driver en vårdnadstvist ofta befinner sig i ett näst intill permanent konflikttillstånd. Det uppstår ett negativt känsloklimat och som i vissa fall utvecklas till att bli en beständig del av barnets uppväxtvillkor och därigenom en styrande faktor för personlighetsutvecklingen. Rudolph Schaffer, professor i psykologi, hävdar att föräldrakonflikter är en av de mest destruktiva upplevelserna för barns mentala hälsa. Detta gäller i synnerhet de konflikter som föregått en skilsmässa och som fortsätter i form av en vårdnadstvist (Rejmer 2003).

Barn far inte illa bara av att bevittna fysiskt våld utan också av verbala konflikter mellan föräldrarna. Även små barn uppfattar aggressivitet och ett negativt laddat känslomässigt klimat mellan föräldrarna. Eftersom barn föds med ett välutvecklat affektivt system, har även små barn god förmåga att uppfatta stämningar och känslor i sin omgivning.

Våld och aggressivitet påverkar barnet direkt, men det får också indirekta konsekvenser genom att det påverkar anknytningen mellan mamman och barnet. En mamma som lever i ett kroniskt tillstånd av skräck, oro och/eller depression är dåligt rustad att möta sitt barns känslomässiga behov. Forskarna

Levondosky & Graham-Bermann (2000) har beskrivit misshandelns effekter på moderskapet. De menar att många kvinnor lider av ett komplext posttraumatiskt stressyndrom till följd av traumats kroniska natur. Depression, ångest och kraftlöshet, som ofta drabbar misshandlade kvinnor, lägger hinder i vägen för anknytning och samspel. Förutom att psykiska reaktioner påverkar anknytning och samspel, kan fysiska skador till följd av misshandeln göra det.

## Föräldrar med missbruksproblem

Barn till föräldrar som missbrukar alkohol eller narkotika startar sitt liv i kris. Ett allvarligt missbruk börjar knappast under barnets första år utan är något som pågått före graviditeten och ibland även under graviditeten. Det är alltså barn som redan innan de fötts, är utsatta för omsorgssvikt på grund av moderns missbruk. Beträffande en del barn kommer socialtjänsten snabbt in i bilden och vissa blir omhändertagna i ett tidigt skede. Missbruk är det vanligaste skälet till att barn omhändertas. Flertalet barn till föräldrar med missbruksproblem växer dock upp i sina ursprungsfamiljer.

Det finns säkert ingen riskfaktor som påverkar föräldrafunktionerna mer än missbruk. Förmågan att se barnet och dess behov hamnar i skuggan av föräldrarnas egna behov. Engagemanget i barnet kan pendla från det extremt intensiva till noll och ingenting.

skriver Kari Killén i boken *Barndomen varar i generationer* (2000).

Det finns ett samband mellan missbruk och våld. Dessa problem har också en rad gemensamma drag som förnekande av problemet och bagatellisering av den belastning som barnet utsätts för. Hur stora riskerna är för barnet beror på hur allvarligt missbruket är och om båda eller bara den ena föräldern missbrukar. Men även om bara den ena föräldern missbrukar, är det inte givet att den andre förälderns omsorgsförmåga är tillräckligt bra. Den nyktra eller drogfria föräldern kan vara så pressad och upptagen av partners problem, att barnets behov hamnar i skymundan. I familjer där det finns missbruk störs



anknytningen också av hög stressnivå, oförutsägbarhet och otrygghet. Barnet kan också vara utsatt för både fysisk och psykisk försummelse.

Det finns åtskilliga böcker om barn till missbrukare och många skildringar av konsekvenserna för barnen. Beskrivningarna gäller dock inte barn 0–2 år utan lite äldre barn. Att missbruk påverkar även små barn och relationen mellan föräldrar och barn är dock tveklöst.

## Föräldrar med utvecklingsstörning

Gruppen utvecklingsstörda är heterogen beroende på orsak till utvecklingsstörningen, omfattning av funktionsnedsättningen och vilka funktioner som skadats mest. Därmed blir också utvecklingsstörningens konsekvenser i föräldraskapet olika. Förutom att konsekvenserna varierar beroende på hur själva utvecklingsstörningen ser ut, varierar de beroende på hur föräldrarnas egen uppväxt varit, livsvillkor, möjligheterna till stöd från nätverket m.m.

Forskningen om utvecklingsstörning och föräldraskap handlar nästan enbart om mödrar. Det finns ytterst få uppgifter om fäder med utvecklingsstörning eller om normalbegåvade män i familjer där kvinnan har en utvecklingsstörning. Även utvecklingsstörningens konsekvenser för barnen är dåligt belyst.

Utvecklingsstörningen påverkar såväl kognitiva som sociala och känslomässiga funktioner, som i sin tur påverkar varandra ömsesidigt. Samtliga dessa funktioner har betydelse i ett föräldraskap. Utvecklingsstörningen leder bland annat till svårigheter att sätta sig in i andra människors känslor, tankar och behov. Särskilt svårt blir det för den svagbegåvade föräldern att förstå det lilla barnet, som inte kan uttrycka sig med ord utan olika signaler måste tolkas av den vuxne. Det ligger också i utvecklingsstörningens natur att ha problem med det abstrakta tänkandet. Därmed kan det vara svårt för föräldern att förstå betydelsen av anknytning och samspel eftersom känslor och relationer är abstrakta begrepp. Detsamma gäller förmågan till empati, som också är nödvändig i ett föräldraskap.

En förälder måste kunna uppfatta barnet som en enskild individ och se det som skilt från sig själv. Personer med intellektuella funktionshinder kan ha svårt att göra den åtskillnaden. Som förälder måste man också kunna prioritera barns behov framför sina egna. Även detta är en svårighet för föräldrar med utvecklingsstörning.

Relationen till barnet påverkas i hög grad av hur mycket stress som tillvaron innehåller. För svagbegåvade föräldrar kan livet innehålla många påfrestningar i form av ekonomiska problem, arbetslöshet, dålig bostad och boendemiljö, isolering och utanförskap. Dessa faktorer utgör pålagringar som innebär att de sammanlagda riskfaktorerna för barnen blir många.

Ofta ställs frågan: Klarar föräldrar med utvecklingsstörning av att vara föräldrar? Ett svar skulle kunna vara att en förälder måste kunna ta huvudansvaret för sitt barn, fungera som en vuxen i förhållande till barnet och att föräldern måste kunna etablera en känslomässig relation till sitt barn. Klarar man det, kan det finnas möjligheter att kompensera olika brister i föräldraskapet genom stöd från nätverket och insatser från samhället. Men bristerna får inte vara så stora att samhället i praktiken har ansvaret för vård, skydd, omsorg, fostran etc. (Källa: Hindberg 2003).

## Psykisk sjukdom hos föräldern

En förälder som är upptagen av egna svårigheter och kanske dessutom påverkad av starka mediciner, är ofta innesluten i sin egen värld. Därmed blir det svårt för föräldern att klara av den finstämda interaktion som spädbarnet behöver för att utveckla en trygg anknytning. (Broberg m.fl. 2003)

Psykiska sjukdomar som kan påverka förmågan till anknytning och samspel är depression, ångest, psykoser och personlighetsstörningar. Psykiska problem i samband med barnafödandet har bl.a. beskrivits av Annemi Skerfving i rapporten *Sårbara mödrar och späda barn*. Följande text är hämtad ur denna rapport (referenserna utelämnade).

Tiden kring graviditet och förlossning och hela spädbarnstiden är en psykiskt påfrestande period för kvinnan, en period då psykiska problem ofta debuterar eller återkommer. Upplevelser och trauman från barndom och uppväxt aktualiseras ofta åter och bidrar till en ökad psykisk sårbarhet hos den gravida eller nyblivna modern. Närmare en femtedel av alla förstföderskor reagerar med psykiska symtom under denna period.

Övergången till föräldraskapet innebär en kris, som kan uppfattas som positiv eller negativ beroende på hur de nyblivna föräldrarna möter den ökade arbetsbördan, den psykologiska anspänningen och förändringarna i parrelationen. De psykiatriska problemen som uppträder under denna period, som brukar kallas *post partum* – efter förlossningen – skiljer sig inte från andra, men är så vanliga att det anses att de bör behandlas som en separat företeelse.

Post partum depression beräknas förekomma hos ungefär 8–15 procent av alla nyblivna mödrar. Återkommande i studier om post partum depressioner är *ömsesidigheten* i mödrarnas och barnens svårigheter, att mödrarnas depressioner påverkar relationen till barnet och barnets beteende i sin tur påverkar mammans depression. Brister i relationen mellan föräldrarna och ambivalens till barnet är också teman i många av studierna. Om modern får en depression i samband med förlossningen löper även fadern risk att drabbas av psykiska problem.

Att kvinnor får psykoser i samband med att de föder barn är ovanligt, det inträffar bara i ett till två fall per tusen förlossningar. Kvinnor som tidigare har haft psykoser eller som har en ärftlig belastning när det gäller psykossjukdomar är särskilt i riskzonen för post partum psykos.

Om en nybliven mamma drabbas av svåra psykiska problem under den period då hon skall ta hand om ett nyfött barn, får det konsekvenser för hennes sätt att bemöta och sköta barnet. En bristfällig känslomässig anknytning, brister i förmågan till stöd och inkännande hos modern eller ”the mothering person” kan påverka barnets utveckling negativt. Psykisk hälsa under spädbarnstiden anses vara en av nycklarna till att förebygga ohälsa under resten av livet. Behovet av stödinsatser av olika slag, samspelebehandling och familjesamtal är därför stort och ger ofta goda resultat.

I rapporten *Späda barn och sårbara mödrar* beskriver Kay Karlsson ett samverkansprojekt mellan psykiatrin i Stockholm södra sjukvårdsområde och spädbarnsverksamheten Maskan. Projektet utvecklades mot bakgrund av att en växande grupp inom vuxenpsykiatrin är nyblivna mödrar. Vuxenpsykiatrin saknar dock resurser och adekvat kunskap om den del av krisen som är rela-

terad till föräldrablivandets dynamik. Modern kan alltså inte få den hjälp hon behöver för att så snabbt som möjligt etablera en god relation till sitt späda barn. Det är däremot huvuduppgiften för spädbarnsverksamheterna. Behandlingen syftar till att påverka det konkreta samspelet mellan barnet och föräldern så att en utveckling i positiv riktning kan komma igång. Att mamman får behandling för sina psykiska problem inom vuxenpsykiatri behöver inte leda till att även relationen till barnet förbättras. Enligt en artikel (Weinberg K m.fl. 1998) sker förändringar i sättet att samspeka med sitt barn endast då man direkt arbetar med kommunikationsmönstret. Nyblivna deprimerade mödrar mådde i sig själva mycket bättre efter avslutad kognitiv terapi-behandling, men för barnet blev det ingen förändring. Trots att mödrarnas depression hade lättat, kvarstod det bristfälliga sättet att samspeka med barnet.

I samband med projektstarten gjordes en kartläggning som visade att det år 2002 föddes 94 barn till 91 mödrar som var patienter inom Psykiatri Södra. Av dessa deltog nio mödrar och deras barn i Maskans verksamhet under projekttiden. När det gäller ytterligare 11 mödrar fanns uppgifter om att de erhållit behandling som involverade barnen inom vuxenpsykiatri. För de övriga 72 mödrarna och deras 74 barn saknas uppgift om huruvida behandlingen på något sätt berört föräldraskapet och barnen. Ordet barn finns överhuvudtaget inte nämnt i patientregistret. Det påtagligaste resultatet av projektet, som alltså innefattade nio mor-barn-par, är erfarenheten hos alla inblandade att ett samarbete inte bara är möjligt utan också nödvändigt när en mamma får allvarliga psykiska problem i samband med barnafödande. (Karlsson 2004)

## Referenser

- Broberg, Anders, Almqvist, Kjerstin och Tjus, Tomas: *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar*. Natur och Kultur 2003.
- Hindberg, Barbro: *Barn till föräldrar med utvecklingsstörning*. Gothia 2003.
- Levondosky & Graham-Bermann: *Trauma and parenting in battered women*. Journal of aggression, maltreatment and trauma. Vol. 3 nr 1/2000.
- Killén, Kari: *Barndomen varar i generationer*. Wahlström & Widstrand 2000.

- Karlsson, Kay: *Späda barn och sårbara mödrar*. Stockholms läns landsting. FoU 04-03.
- Rejmer, Annika: *Vårdnadstvister*. Sociologiska institutionen, Lunds universitet. 2003.
- Skerfving, Annemi: *Sårbara mödrar och späda barn*. Stockholms läns landsting. FoU-enheten 2004.
- Socialstyrelsen: *Barn i skuggan av våldet*. Artikelnr 2002-124-18.
- Weinberg, K. m.fl.: *The Impact of Maternal Psychiatric Illness on Infant Development*. J Clin Psychiatry 59/suppl. 1998.

## Symtom på och konsekvenser av brister i anknytningen

Vi vet idag att en nära känslomässig anknytning mellan barnet och dess föräldrar, eller annan primär vårdare, är en nödvändighet för barnets psykiska hälsa och utveckling. ”Brist på stimulans och nära samspel med en kontinuerlig anknytningsperson äventyrar barnets hela utveckling och överlevnad” (Broberg, A. m.fl. 2003) Med tanke på anknytningens centrala roll för barnets utveckling, är det viktigt att se och förstå när en anknytning mellan barnet och dess primära vårdare inte kommer till stånd eller när den innehåller sådana brister att barnet skadas. Ibland är det uppenbart att det förekommer problem i anknytning och samspel, men ofta är tecknen diffusa och svårtydda.

### Svårt att upptäcka brister i anknytningen

Att upptäcka att något inte fungerar i anknytning och samspel är svårt, om inte föräldrarna har uppenbara problem som påverkar deras kommunikationsförmåga. Det är mycket som ryms inom normalutvecklingen och gränsen till det som kan betraktas som avvikande utveckling är ofta diffus. Detta gäller i synnerhet små barn, som sällan uppvisar specifika symtom på att de far illa. Särskilt symtom på psykisk ohälsa är ovanliga hos små barn. De kan signalera att de inte mår bra, men många barn uppvisar inga symtom alls, vilket dock inte betyder att de inte påverkats. Omsorgssvikt kan påverka utvecklingen långt innan barn uppvisar några tecken på avvikande utveckling.

Utan närmare kontakt med mor och barn kan man sällan avgöra om avvikelser egentligen ryms inom normalspektrat, om den kan förklaras av att barnet är sent utvecklat, av kulturella skillnader, barnets personlighet, att barnet är sjukt eller funktionshindrat etc. eller om det är fråga om en avvikelse som beror

på brister i anknytningen eller någon annan form av omsorgssvikt.

En svårighet när det gäller att se hur anknytningen fungerar är att den kan verka vara normal i vardagliga situationer, som inte innehåller stress. Det är först när situationen innehåller krav, stress, komplikationer etc. som anknytningssystemet blir tydligt.

Det är lättare att upptäcka brister i anknytning och samspel om föräldern har egna problem i form av t.ex. missbruk, psykisk sjukdom eller utvecklingsstörning. Om några påtagliga psykosociala problem inte finns i familjen, om ytan är snygg och prydlig, är det svårare att se anknytningsproblem. De familjerna kommer inte till socialtjänstens kännedom när barnen är små. Däremot kan de bli aktuella inom socialtjänsten senare, när barnen börjar visa tydligare symtom.

## Symtom på brister i anknytningen

Det finns vissa tecken som kan bero på brister i anknytningen som avvikande vikt- och längdutveckling, mat- och sömnproblem, brister i den fysiska omvårdnaden, dålig ögonkontakt, utvecklingsförseningar, stel mimik och spända, alternativt slappa muskler. Dessa tecken kan tyda på att det finns problem i anknytning och samspel, men den bakomliggande orsaken kan också vara någon annan. Vad som orsakar symtomen bör alltid utredas.

Små barn kan reagera med depression, särskilt om mamman själv är deprimerad. De kan bli passiva, sluta att försöka få kontakt, gnälla och gråta. De ger helt enkelt upp och sluter sig inom sig själva.

Föräldrarnas sätt att tala om sitt barn kan också ge betydelsefull information. Uttrycker mamman positiva känslor gentemot barnet? Har hon positiva förväntningar på det, eller tycker hon att barnet mest är besvärligt? Verkar hon likgiltig inför barnet? Hur uppfattar hon barnets personlighet och utveckling etc.?

Tecken som tyder på omsorgssvikt är att föräldern inte sköter sina kontakter med BVC, inte kommer på kontroller eller följer

vaccinationsprogram och, om barnet är sjukt, inte sköter medicinering eller följer medicinska råd.

Margareta Berg Brodén, leg. psykolog och leg. psykoterapeut, har lång erfarenhet av behandling av störda mor–barnrelationer. I sin bok *Mor och barn i ingenmansland* (1989) beskriver hon bland annat tecken på relationsstörningar hos mor och barn. Beskrivningen bygger på hennes kliniska erfarenhet från Viktoriagården i Malmö – en behandlingsenhet för spädbarnsfamiljer. Nedanstående text är en sammanfattning av bokens kapitel ”Tecken på relationsstörningar hos mor och barn”.

Störningar i nyföddhetsperioden uttrycks främst genom barnets grundläggande personlighet. Barnen kan grovt sett indelas i två grupper; de som i huvudsak har ett passivt och de som har ett aktivt förhållningssätt. Barn kan sägas reagera på brister genom att förstärka sitt beteendemönster; det livliga och aktiva barnet blir hyperaktivt och det lugna barnet blir passivt. Margareta Berg Brodén beskriver hur de överdrivet aktiva spädbarnet kan påverka relationen till föräldrarna. Barnen beskrivs som generellt spända och med okoordinerads motorik. De har svårt att komma till ro, slappnar inte av i moderns famn utan söker snarare undvika kroppskontakt. De avvisar även ögonkontakt. Det sociala leendet utlöses sällan och har ofta slocknat. Det är svårt att få igång en dialog med dem, eftersom de snabbt avbryter eller avvisar kontaktförsök. De blir lätt överstimulerade, ger ett allmänt intryck av att vara otillfredsställda och skriker ofta. Matproblem är vanliga hos dessa barn. De har också svårt att somna, sover korta stunder och oregelbundet. Barnen uppfattas som ”jobbiga” och även som ”elaka”. Föräldrarna är många gånger slutkörda av nattvak och av att ständigt mata, trösta och söva.

De överdrivet aktiva barnen, som mot slutet av det första året visar bristande anknytning, är i riskzonen för svårare kontaktstörningar. De är mer inställda på manipulation än på att bygga relationer. De är oroliga och rastlösa och söker ständigt ny stimulans. De blir ofta tidigt ”självständiga” och söker sig bort från modern. De kräver mycket tillsyn för att inte komma till skada och reagerar inte på separationer. Vid återförening med modern är de avvisande eller ligkiltiga. Dessa barn har inte



modern som sin fasta bas och hon blir inte en trygg person som de kan dela känslor och upplevelser med. Barnets överaktivitet kan ses som ett sätt att hantera brister i miljön; de blir upptagna av materiella värden och avskärmar sig från känslor och mänsklig kontakt.

Ett barn som aktivt avvisar sin mor genom att exempelvis matvägra, dra sig undan kroppskontakt eller genom att skrika oupphörligt väcker känslor av hjälplöshet, som modern hanterar genom att dra sig undan barnet känslomässigt. Ju mer barnet kräver, desto mindre får det och en ond cirkel etableras. Hos den andra personlighetstypen – de överdrivet passiva och hämmade barnen – kännetecknas störningarna i relation till modern främst av motorisk hämning och att de drar sig undan från kontakt. De är osedvanligt stillsamma och andningen är ytlig. De ger intryck av att ”gå på sparlåga”. Barnen sträcker inte ut armarna efter saker eller undersöker dem med händerna. De har dålig huvudkontroll, visar ingen vilja att komma upp och är slappa. Mimiken är fattig och de försenas i sin motoriska utveckling. De passiva barnen betar sig ”stumt” när de hålls mot kroppen. Bristen på kroppsligt gensvar gör att de känns tunga att bära.

Dessa barn undviker ögonkontakt, blundar eller vänder bort huvudet. De tittar i fjärran och något möte kommer inte till stånd. Bristen på uthållighet i ögonkontakten gör att någon dialog inte utvecklas, förmågan till samspel blir försenad och kontaktutvecklingen avstannar.

De passiva barnen upplevs ofta som snälla, självständiga och lättskötta. De skriker sällan och påkallar inte någons uppmärksamhet. Om de inte får sina behov tillfredsställda ger de lätt upp. Joller förekommer sällan. Inte heller i matsituationen visar dessa barn tecken på lust eller intresse. Vakenhetsgraden är låg, de reagerar svagt på stimuli och ger allmänt ett ”självförsörjande” intryck. Detta kan vara funktionellt exempelvis för en deprime-rad mamma, vilket gör att mödrarna inte så ofta söker hjälp. Margareta Berg Brodén skriver sammanfattningsvis:

Därför är det angeläget att de som professionellt arbetar med spädbarn uppmärksammar dessa tidiga tecken på avskärmning hos barnet, så att man så tidigt som möjligt kan bryta den onda cirkeln. Man kan inte slå sig till ro med att det kommer att gå över.

Passivitet, som ett sätt för barnet att hantera sin oro, är ett försvarsmönster som kan förändras, t.ex. genom en förändrad hållning hos föräldrarna eller genom att andra vuxna ”ser barnet” och uppmärksammar dess behov. Om ingen förändring sker går barnets utveckling mot en alltmer ökad avskärmning, och beteendet får så småningom formen av en manifest kontaktstörning.

Margareta Berg Brodén har även indelat mödrarna i olika kategorier; de regisserande, de avskärmade och de nyckfulla mödrarna. Vidare beskriver hon problem hos mödrarna, som kan orsaka svårigheter i relation till barnen. I sin sammanfattning anger hon följande riskfaktorer:

- Psykiska eller somatiska besvär under graviditet och spädbarnstid
- Tidigare traumatiska graviditeter och förlossningar
- Barn som dött under tidigare graviditet, förlossning eller nyföddhetsperiod
- Svår förlossning
- Sjukt, skadat eller prematurt barn
- Svåra amningsproblem
- Separation när barnet var nyfött
- Dåligt förhållande till barnafadern
- Brister i den kvinnliga identiteten
- Störda föräldrarelationer
- Tidigare psykiska besvär
- Begåvningshandikapp
- Svår och instabil social situation
- Social isolering
- Missbruksproblem

De flesta som behandlats på Viktoriagården har en eller flera av ovanstående belastningsfaktorer, utan att de kan beskrivas som direkta orsaker till relationsstörningarna. Bakgrunden är mer komplex och riskfaktorerna skall snarast ses som omständigheter som ökar sårbarheten i barnafödandeperioden (Brodén 1989).

## Konsekvenser av brister i anknytningen

I Brobergs m.fl. bok sammanfattas betydelsen av brister i den tidiga anknytningen för den fortsatta utvecklingen på följande sätt:

- Mindre lyhört föräldraskap i allmänhet, och omsorgssvikt i synnerhet, under barnets första levnadsår ökar sannolikheten för utveckling av otrygg anknytning under barnets andra levnadsår.
- Otrygg anknytning utgör en riskfaktor för olika negativa utfall avseende känslomässig och social utveckling åtminstone under förskole- och skolåren.
- I synnerhet desorganiserad anknytning är en riskfaktor för att utveckla psykopatologi senare i livet.

En typ av skada orsakad av omsorgssvikt och trauma, som kommit att uppmärksammas allt mer är skador i hjärnan. Eftersom hjärnan inte är fullt utvecklad och organiserad vid födelsen, påverkas den starkt av barnets upplevelser under de första åren. Exempelvis sätter stress, trauma och försummelse spår. Det är inte bara genetiska faktorer som styr hjärnans utveckling, utan också barnets erfarenheter och interaktion med omvärlden. De delar av hjärnan som inte används och stimuleras skalas bort i treårsåldern. Därefter är det svårt att påverka hjärnan, även om den är plastisk och kan förändras.

Omhändertagande av barn görs sällan när barnen är små. Barn som så småningom placeras i familjhem har därför redan ett mönster för relaterandet till andra människor – den inre arbetsmodellen. Det betyder att barn som är äldre än ett par år och som får nya föräldrar genom t.ex. adoption eller placering i familjhem, redan kan ha en arbetsmodell för hur relationen till föräldrar skall fungera. Den modellen använder de sig omedvetet av i förhållande till de nya föräldrarna. Om denna modell bygger på exempelvis misstro och utanförskap riskerar barnet att förlora förmågan att uppfatta de positiva möjligheter som en familjehemsförälder kan erbjuda. Den arbetsmodell som utvecklats i

tidig ålder införlivas som ett varaktigt mönster i personligheten och är svår att förändra.

Hur barnet påverkas beror inte bara på de faktiska förhållandena och vad barnet utsatts för utan också på barnets personlighet och resurser. Konsekvenserna varierar beroende på faktorer som barnets temperament, utvecklingsstadium, hälsa m.m. Ett fysiskt och psykiskt starkt barn klarar påfrestningar bättre än ett ängsligt och i olika avseenden svagt barn. Barns förmåga att klara sig ”mot alla odds” varierar alltså. Det faktum att det finns barn som klarar sig ”trots allt” får dock inte leda till att man inte ingriper utan låter barn fara illa i hopp om de är kapabla och har tillräcklig motståndskraft. Alla barn – både de svaga och de med mycket egna resurser – har rätt till en bra barndom.

Konsekvenserna för barnen varierar också beroende på faktorer i omgivningen som föräldrarnas relation, om barnet har tillgång till andra psykologiskt viktiga personer och familjens socioekonomiska situation.

## Att bedöma ”påtaglig risk”

Enligt Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) skall barn omhändertas om ”påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas” föreligger. Anders Broberg menar att påtaglig risk för skada är något annat för 0–3-åringar än det är för äldre barn. ”När det gäller små barn måste skada definieras som störning i utvecklingsprocessen som – om den inte åtgärdas – riskerar att leda till beteenderubbningar. Vi kan aldrig säga säkert hur något kommer att bli, men vi kan uttala oss om risken för att det kommer att bli på ett visst sätt.”

## Kulturella skillnader

Att avgöra vad som ryms inom normalspektrat kan vara särskilt komplicerat om familjen kommer från en annan kultur. Två socialsekreterare som arbetar i Tensta sa i en intervju:

Om barnen är utvecklingsförsenade i det här området, reagerar man inte förrän de är i fyrafemårsåldern. Man föreställer sig att utvecklingsförseningen kan förklaras av kulturskillnader och på att barnet måste lära sig två språk.

Anknytningsteorin och metoderna för att bedöma anknytning är utvecklade och används i västvärlden. Det är inte självklart att de är relevanta även i kulturer med en helt annan syn på familj och barn. En viktig skillnad mellan olika kulturer är om samhället företrädesvis har en individualistisk eller kollektivistisk syn på individen. I det individualistiska samhället är den enskilda människan det primära och hon uppfostras till att bli fri och oberoende. I den kollektiva ideologin är gruppen, oftast familjen och släkten, det primära. Individen är en självklar del av gruppen och uppfostras till att anpassa sig, vara lojal mot och ta ansvar för gruppen. I det individualistiska samhället lever man i allmänhet i kärnfamiljer och i det kollektivistiska i så kallade utvidgade familjer. Sådana skillnader får självfallet konsekvenser för hur man ser på små barns behov av anknytning och hur anknytningen bör utformas.

När man jobbar med familjer med invandrarbakgrund måste man ha kunskap om andra kulturer och veta vad som är normalt där. Medan vi ser det som viktigt att barn knyter an till en person, är det i vissa afrikanska kulturer vanligt att barnet flyttas runt mellan olika släktingar. Om det alltid är skadligt att utsätta barn för många separationer, skulle nästan hela den afrikanska befolkningen ha psykiska problem.

*Ur intervju med två socialsekreterare i Tensta*

## Referenser

- Berg Brodén, Margareta: *Mor och barn i ingenmansland*. Almqvist & Wiksell 1989.
- Broberg, Anders, Almqvist, Kjerstin och Tjus, Tomas: *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar*. Natur och Kultur 2003.

# Psykologiska utredningsmetoder

*Av Pia Risholm Mothander, specialist i klinisk psykologi och lektor vid Psykologiska Institutionen, Stockholms universitet.*

Beslut som handlar om att värdera föräldrars omsorgsförmåga är svåra att fatta. De griper in i familjers innersta kärna och får ofta långtgående konsekvenser för alla berörda. Därför måste besluten vara välgrundade. Personal inom hälso- och sjukvården upplever emellertid ofta att bedömningar om föräldrars omsorgsförmåga är så svåra att göra att man värtjer sig mot att bli inblandad. Helst vill man att socialtjänsten, som har det formella ansvaret, ensamma ska handlägga dessa ärenden. Detta är olyckligt för alla inblandade, inte minst för barnen. Frågeställningarna om föräldrars omsorgsförmåga ryms ofta i skärningspunkten mellan socialtjänst och psykiatri. Inte sällan ställs socialtjänstens personal inför mycket svåra bedömningsfrågor som kräver djupgående kunskaper om barns behov och om barns utveckling, både den normala och den som avviker. Det är därför angeläget att på alla sätt förbättra formerna för samarbete mellan socialtjänst och psykiatri så att den samlade kompetensen kan utnyttjas bättre.

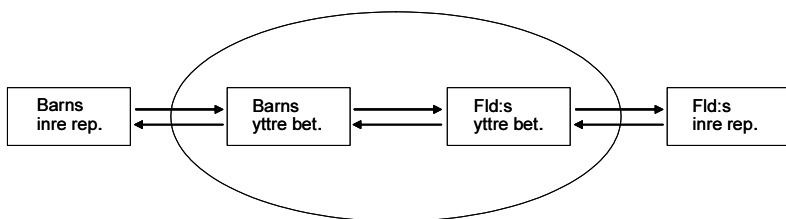
När en bedömning ska göras står vi inför en ”nu-situation” där vi kan se hur både barns och föräldrars tidigare erfarenheter påverkar hur nuet gestaltar sig. Om vi kan bedöma att föräldrarna har förmåga att bearbeta sin egen historia, en historia som kanske präglas av negativa eller destruktiva erfarenheter, kan framtiden bli mer hoppfull för dem. Detta om de ges möjlighet till bra hjälp. I dessa fall kan man faktiskt säga att nuet har makt att ändra det förflutna så att framtiden kan bli mer positiv. Att göra bedömningar av föräldrars förmåga till utveckling är emellertid inte lätt. Hur ska vi veta att det inte redan har gått för

långt, att barnens beteende är alltför präglat av bristande omsorg för att deras utveckling ska kunna vridas rätt?

Vi känner ofta intuitivt och utifrån erfarenhet när ett barn inte har det bra, men det kan vara svårt att förmedla vårt budskap till andra. Ofta talar t.o.m. kolleger inom samma yrkesgrupp olika språk, vi är inte överens varken om termernas definition eller innebörd. Alla efterlyser en utredningsmetod, en metod som skulle kunna användas generellt, men det finns inte någon metod som med vetenskaplig säkerhet kan beskriva psykisk ohälsa hos små barn. Det späda barnets beroende av sin miljö gör att situationen är alltför komplex. Den lilla forskning om metoder som finns är ofta baserad på utländska data med annan kulturell förankring än vår egen.

## Den kliniska situationen

Som utgångspunkt skulle jag vilja knyta an till Daniel Sterns kliniska modell (1).



Stern skriver att det finns olika ”ingångar” till det kliniska system som en föräldra–barnrelation utgör. På den observerbara nivån, dvs. inne i cirkeln, kan vi se hur en förälder betar sig och om själva omvårdnaden uppfyller de kriterier vi anser att den ska göra för att vara tillräckligt bra. Här kan vi notera om föräldern är tillgänglig för sitt barn, förser det med mat och kläder, byter blöjor när det behövs, tillhandahåller leksaker och annan stimulans och ser till att omgivningen inte är farlig för barnet. Vi kan också se vad barnet gör, hur det leker och hanterar sina erfaren-

heter, dvs. hur mognad och det sätt det har blivit omhändertaget på avspeglas i barnets observerbara beteende. I den kliniska situationen kan vi välja att studera vad föräldern respektive barnet gör var för sig i situationer där de inte samspelar. Men vad som är mer intressant är samspelet dem emellan, dvs. hurdan kvaliteten är på vars och ens bidrag till att ett samspel initieras och vidmakthålls. I dessa situationer kan vi se vem som leder och vem som följer, vem som är beredd att "förhandla" eller ge med sig, vem som bjuder upp och vem som svarar. Vi kan studera känsloklimatet och "timingen" i samspelet.

En annan ingång till den kliniska situationen är att försöka fånga det som ligger utanför den observerbara cirkeln, de inre representationer och erfarenheter av "att vara med någon annan" som vi antar påverkar den synliga delen av relationen. Hur ser föräldrarnas inre bilder av barnet och sig själv som förälder till detta barn ut? Har barnet motsvarande mönster av inre bilder?

## Bedömning av den tidiga föräldrabarnrelationen enligt ERA

För att fånga kvaliteten i det observerbara samspelet, alltså det som ryms inne i den kliniska cirkeln, finns flera metoder. En av dessa är "parent child early relation assessment scale", även kallad ERA (2). För att göra en ERA-bedömning kodas en femminuters sekvens av det filmade samspelet mellan förälder och barn i sex föräldra-, fyra barn- och två dyadiska dimensioner. De kodade variablerna syftar till att bedöma föräldrarnas bidrag, barnets bidrag och till slut den gemensamma kvaliteten i samspelet. Det finns skandinavisk forskning som stöder att föräldrabarnpar med någon form av belastning visar sämre samspelskvalitet mätt med ERA. De mamma-barngrupper som studerats har tillhört följande riskgrupper; mammor med depression (3), mammor med drogproblematik (4), prematurt födda barn (5) och barn med kolik (6). Det finns också forskning som stödjer att tidig social förmåga hos barnet visar samband med senare god samspelskvalitet (även om man kan fundera över vilka



medierande eller påverkande variabler som kan finnas) (7). I amerikanska studier har ERA använts för att bedöma mammor med psykiatrisk ohälsa (2) och ERA- bedömningar visar också samband med anknytningskvalitet (8,9).

## Bedömning av små barns hälsa enligt DC: 0-3

Som nämndes ovan kan en ingång till den kliniska situationen vara att fokusera den enskildes beteende. Vuxenpsykiatri har metoder för att bedöma den vuxnes fungerande. Personalen kan observera patientens beteende och i de flesta fall fråga hur han eller hon mår. Men hur visar ett barn att det har svårigheter? Man kan inte fråga små barn hur de mår, man måste fokusera på deras beteende. Man måste dessutom betrakta barnens beteende utifrån det sammanhang där de lever och inom ramen för de relationer som omger dem. När den internationella arbetsgruppen för spädbarns- och småbarnsdiagnostik bildades i USA för 20 år sedan antog man utmaningen att samla kunskap om hur psykisk ohälsa hos små barn tar sig uttryck:

- Hur kan man systematiskt beskriva avvikelser i psykisk hälsa eller utvecklingsförseningar hos späda och små barn?
- Hur kan man skapa kontakt mellan de barn som behöver hjälp och de myndigheter som tillhandahåller hjälp?
- Hur kan man bättre utvärdera de stöd- och behandlingsinsatser som görs?

Inom psykiatri finns sedan många år två etablerade diagnos-system tänkta för alla åldersgrupper, det amerikanska DSM (Diagnostic Statistical Manual, APA) och det europeiska ICD (International Classification of Diseases, WHO). Problemet är att dessa deskriptiva system inte passar för att beskriva varken de små barnen eller den verklighet som de lever i. Bob Harmon, välkänd amerikansk barnpsykiater, skriver ”children under four are qualitatively different from older peers and they present unique problems with regard to assessment and treatment” (10).

Att varken DSM eller ICD är användbara instrument för att beskriva de små barnens ohälsa har gjort att spädbarns- och småbarnsdiagnostik har utvecklats på två fronter. En grupp argumenterar för att operationella kriterier gällande små barn ska utarbetas inom de redan existerande diagnossystemen DSM och ICD. Den andra gruppen menar, liksom Bob Harmon, att det är bättre att skapa ett system som tar hänsyn till den speciella livssituation som barnen befinner sig i med sin snabba mognad. Utifrån denna senare syn har Diagnostic Classification, Zero to Three (DC: 0-3) utvecklats (11). DC: 0-3 är tänkt som ett komplement till DSM och ICD. Det publicerades 1994 och har prövats och kompletterats med kliniska erfarenheter så att det nu är färdigt för en revidering som beräknas publiceras 2005.

DC: 0-3 är alltså ett småbarnspsykiatriskt klassificeringssystem och ska precis som alla klassificeringssystem hanteras med varsamhet och omdöme. En diagnos kan aldrig bli mer än en bild av den information som är tillgänglig just nu. Det finns en speciell rädsla som har att göra med diagnostisering – risken att stämpas. Den risken gäller egentligen alla åldersgrupper, men är speciellt tydlig när det gäller små barn. Med stämpel antas skuldbeläggning följa. Det är lätt att blanda samman behovet av att samla information med att lägga skuld på någon för att problemen finns. Som om problemen inte fanns om vi inte benämnde dem! En diagnos är en fårskvava, speciellt när det gäller ett litet barn. En symtombild idag kan vara en annan om sex månader. Små barn förändras snabbt och har en egen mognadsbetingad utvecklingslinje som gör att förutsättningarna för beteendet ändras. Vi måste därför ställa stora krav på ett diagnostiskt klassificeringssystem. Systemet ska passa till barnen, det är inte barnen som ska passa in i systemet.

DC: 0-3 är (precis som de andra systemen DSM och ICD) indelat i fem axlar:

- Axel I primär diagnos
- Axel II relationsproblem
- Axel III medicinska problem
- Axel IV psykosocial stress
- Axel V funktionell emotionell utvecklingsnivå

De tre första är bedömning av de symtom som individen uppvisar, medan de två sista axlarna är bedömning av individen. I Skandinavien används oftast bara de tre första axlarna, delvis beroende på att beskrivningarna av de två sista ännu inte är tillräckligt utvecklade.

### **Axel I Primär diagnos**

Under denna rubrik ryms sju olika problemgrupper:

#### *Trauma*

Om ett barn utsatts för en eller flera hotande händelser där det eller barnets omsorgsperson svävat i livsfara, kan det uppvisa symtom på att det är traumatiserat. För att ett barn ska få denna diagnos krävs att symtomen varat i en månad och att de visar att barnet inte klarar av att handskas med upplevelserna.

*Exempel: Efter en bilolycka visar en treåring extrem rädsla vid separation från mamma, som transporterades iväg i ambulans och var borta i två dagar. Hon skriker otröstligt när hon hör sirener på gatan och håller för öronen. Sover inte på nätterna och krånglar med maten.*

#### *Affektstörningar*

Här handlar det mer om barnets generella förmåga att handskas med känslor, inte primärt i en viss situation eller i förhållande till en bestämd person. Det kan röra sig om extrem separationsångest, sorg, depression eller känslomässig reaktion på att ha blivit utsatt för vanvård.

*Exempel: Ett barn på 18 månader kan inte leka utan blir skräckslagen när en korg med leksaker ställs fram, trots att introduktionen sker försiktigt. Föräldern försöker få barnet intresserat men det kränger bakåt och försöker komma undan. Barnet hamnar i panik och slår föräldern.*

#### *Maladaptiv stressreaktion*

Handlar om att barnet under en begränsad period reagerar starkt på en förändring i omgivningen. Symtomen har förekommit under kortare tid, mellan 1–3 veckor.

*Exempel: En mamma börjar jobba, hennes barn som är 3 år vill bara vara bebis och ligga i knät med nappflaska på kvällen. Flickan kan inte komma vidare, beteendet har varat i flera veckor utan förändring. Familjens fungerande påverkas.*

#### *Regleringsstörningar*

Detta handlar om barn som har svårt att handskas med sensorisk information. Symtomen visar både ett beteendemönster som är mognadsrelaterat och en sensorisk känslighet för vissa specifika stimuli. Här behövs ofta en sjukgymnast eller specialpedagog för att bidra till bedömningen. Barnet kan vara över- eller underkänsligt eller ha en icke kontrollerbar impulsivitet.

*Exempel: Alla dörrhandtag måste tas bort hemma och lås på kyl och frys sättas in för att inte en treåringen ska ställa till det. Barnet klättrar upp i fönstret och över till en bokhylla för att hämta något det fått syn på. Rymmer när tillfälle ges.*

#### *Sömnstörning*

Detta handlar om barn över ett år som har svårt att somna in eller inte kan sova en längre sammanhängande tid på natten.

*Exempel: Ett barn på tre år kan inte lägga sig förrän föräldern går och lägger sig. Hela familjen måste lägga sig samtidigt. Det är viktigt att påpeka att barns sömnproblem, liksom övriga symtombilder, också kan spegla en relationsproblematik.*

## *Ätstörning*

Barn kan uppvisa svårigheter kring maten av olika skäl. Ömsesidigheten i föräldra-barnrelationen kan brista, infantil anorexi eller ”failure to thrive”, men medicinska trauman kan också utgöra en grund för ätproblem.

*Exempel: Ett barn på 18 månader som föddes med missbildningar. Det medicinska problemet är överståndet men barnet törs inte äta något med klumpar.*

## *Störning i relaterande och kommunikationsförmåga*

Denna grupp handlar om barn som uppvisar svårigheter att relatera, kommunicera eller att handskas med sensorisk information.

*Exempel: Ett adoptivbarn har tydliga autisms tecken, men man vet inte hur barnet kommer att hämta upp sig nu när det kommit till en mer gynnsam och utvecklingsbefrämjande miljö.*

## **Axel II relationsstörning**

Under denna rubrik bedöms relationen mellan barnet och den som tar hand om barnet. Först görs en skattning av anpassningsgraden. Om relationen framstår som problematisk görs därefter en klassificering med hjälp av en checklista – PIR-PCL (parent-infant relationship problem checklist) som innehåller olika typer av relationsmönster.

## **Axel III medicinska problem**

Här rapporteras medicinska symtom och resultat från olika medicinska undersökningar t.ex. beträffande psykisk hälsa, syn och hörsel.

## **Axel IV psykosocial stress**

På denna axel värderas de psykosociala faktorer som påverkar barnet.

## **Axel V funktionell och emotionell utvecklingsnivå**

Barnets emotionella utveckling relateras till vad som kan förväntas för barnets ålder.

### *Slutsats*

DC: 0-3 är ett barnpsykiatriskt instrument som ger möjlighet att beskriva barnets kliniska profil. Systemet är fortfarande under utveckling när det gäller validitet och reliabilitet. Validiteten är bättre i den nya reviderade versionen, men reliabilitetsaspekterna måste beaktas. Det finns olika ”lathundar” för översättning till DSM- och ICD-systemen. Sammanfattningsvis kan sägas att den blandning mellan ren symtombeskrivning och utvecklingsrelaterade beteenden som präglar DC: 0-3 försvårar reliabiliteten men förstärker det kliniska värdet.

## **The Working Model of the Child Interview (WMCI)**

Den välkända ”Adult Attachment Interview” ringar in föräldrarnas upplevelse av att själv ha varit barn. I ”The Working Model of the Child Interview” (12,13,14) försöker man i stället fånga upplevelsen av hur det är att vara förälder till ett barn. I ett samtal som varar ungefär en timme frågar man föräldern hur det var när barnet kom till; graviditet, förlossning och första spädbarnstid. Därefter ber man föräldern att berätta om viktiga utvecklingssteg hos barnet, vilka rutiner barnet gillar, hur barnets personlighet är. Man frågar vem barnet är likt, vad som är speciellt med barnet och på vilket sätt det kan vara svårt att möta barnets behov. Man ber föräldern beskriva relationen mellan sig och barnet. Till sist frågar man om vem som är närmast barnet, om barnet blir upprört och vad som händer då. Avslutningsvis frågar man om framtiden, om det är något som oroar föräldern, vilken period med barnet som kan tänkas bli jobbig och vilka farhågor och rädslor föräldern har.

Samtalet är ett ganska vanligt anamnestiskt samtal om bakgrund, nusituation och framtid. Den inspelade intervjun skrivs ut ordagrant och föräldraberättelsen kodas. Med en metod som liknar den som används vid Adult Attachment Interview värderas föräldraberättelsen ur olika perspektiv. Det är inte det ordgranna innehållet som värderas utan den sammanhängande kvaliteten och graden av begriplighet och meningsfullhet. Berättelsen skattas i åtta primära dimensioner:

- omfång i perception (richness in perception) – bredd och djup
- öppenhet för förändring (openess for change)
- intensitet i engagemang (intensity of involvement)
- sammanhang (coherence)
- känslighet i omhändertagande (sensitivity in caregiving)
- bekräftelse (acceptance)
- svårigheter hos barnet (infant difficulty)
- rädsla för att barnet ska råka illa ut (fear of safety)

Därefter värderas innehållet utifrån ett antal känslor. På grundval av de innehållsliga och känslomässiga värderingarna sammanställs svaren i intervjun. Tre kvalitativa grundtyper finns beskrivna för hur föräldrarnas inre arbetsmodell kan se ut:

#### *Balanserad*

Föräldern upplever ett sammanhang, visar engagemang, öppenhet, bekräftelse och känslighet i berättelsen. Fokuseringen på svårigheter är inte framträdande.

#### *Oengagerad*

Denna modell karakteriseras av att föräldrarnas berättelse innehåller rigiditet, höga krav på bekräftelse, låg känslighet och lite genuint engagemang.

## Förvrängd

En förvrängd arbetsmodell kännetecknas av att sammanhanget i berättelsen är lågt liksom känsligheten, medan nivån för engagemang och ångest är höga.

## Slutsats

WMCI är en metod som egentligen först utarbetades som ett forskningsinstrument men som visat sig vara användbar även vid kliniskt arbete. Intervjun har använts i familjer där barn haft sömnsvårigheter och grava ätstörningar (15). Metoden har också relaterats till andra mått på anknytning och man har funnit god överensstämmelse.

Sammantaget kan man om DC: 0-3 och WMCI säga att bägge dessa två ingångar till den kliniska situationen är ganska krävande. Att använda de förslagna metoderna tar tid och handhavandet förutsätter träning och kunskap i klinisk barnpsykologi. Det är alltså inget att rekommendera för den enskilde socialsekreteraren men kanske något att efterfråga från barnpsykiatrien eller dem som ger det kliniska underlaget till utredningar i omhändertagandearenden.

## Referenser

1. Stern D.N. (1995) *The Motherhood constellation*. New York: Basic Books.
2. Clark R. (1999) *The parent-child early relational assessment: a factorial validity study*. Educational and psychological measurement, Vol 59. No 5 pp. 821–846.
3. Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr L, Widstrom, AM. (2003) *The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood*. Arch Women Ment Health 6 (3) 211–6.
4. Pajulo M., Savonlahti, E., Sourander A., Ahlqvist, S., Helenius, H., Piha, J. (2001) *An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers*. J. Subst. Abuse Treat. 20 (2) pp. 143–51.
5. Nordström-Erlandsson B. (1996) *Risk and resilience during the neonatal period*. Akademisk avhandling. Göteborgs universitet.
6. Raiha H., Lehtonen, L., Huhtala, V., Saleva, K., Korvenranta H. *Excessive crying infant in the family: mother-infant, father-infant and motherfather interaction*. Child Care and Dev. Sept 28(5): 419–29.



7. Risholm Mothander, P (1990) *The First year of life*. Akademisk avhandling. Uppsala Universitet.
8. Das Eiden R, Teti M & Corns K. (1995) *Maternal Working Models of Attachment, marital adjustment and the parent child relationship*. Child development 66 1504–1518.
9. Teti, D.M., Nagawaka, M., Das R., & Wirth O (1991) *Security of attachment between preschoolers and their mothers: relations among social interaction, parenting stress, and mothers' sorts of attachment Q-set*. Developmental psychology 27, 440–447.
10. Harmon, R.B. & Frankel, K.J (1997) *The growth and development of an infant mental health program: an integrated perspective*. Infant Mental Health Journal. Vol. 18, No 2, pp. 126–134.
11. Zero to Three, National Center for Clinical Infant Programs (1994). *Diagnostic Classification: 0-3, Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington, DC: Author.
12. Zeanah, C., Benoit, D. & Barton, M. *Working model of the child interview*.
13. Benoit, D., Zeanah, C., Parker, K. Nicholson, E., Coolbear, J. (1997) *"Working model of the child interview": infant clinical status related to maternal perceptions*. Infant Mental Health Journal Vol. 18 (1) 107–121.
14. Coolbear J. & Benoit, D. (1999) *Failure to thrive: a risk for clinical disturbance of attachment*. Infant mental health Journal. Vol. 20(1), 87–104.
15. Zeanah, C., Benoit, D., Hirschberg, L., Barton M., & Regan C. (1994) *Mothers representations of their infants are concordant with infant attachment classifications*. Dev. issues in psychiatry and psychology 1. pp. 9–18.

# Anknytningsteorins betydelse för den sociala barnvården

*Kari Killén* är socionom och fil.dr och arbetar vid NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring). Hon är välkänd i Sverige och hennes bok *Svikna barn* (Wahlström & Widstrand 1991) har haft stor betydelse för den sociala barnvården. Just nu håller Kari Killén på med ett forskningsprojekt om anknytning och samspel under de första åren.

Inför sin 70-årsdag intervjuades Kari Killén i tidskriften *Norges Barnevern* (nr 2/2004) och fick bl.a. en fråga om anknytningsteorins betydelse för barnvårdsarbetet. Hon svarade:

– Jag tror inte att det finns några teorier som är mer relevanta för barnvården än anknytningsteorin. Både därför att allt som barnvården arbetar med handlar om anknytning och därför att anknytningsteori integrerar annan teori. Den inkluderar etologi, dynamisk psykologi, systemisk teori, kognitiv teori och andra teorier om personlighetsutveckling. Anknytningsteorin är en brobyggare. Och om det är något vi behöver så är det brobyggare, både mellan teorier och mellan professioner. Vi behöver en bred teori som integrerar helheten.

Hon fick också frågan om vad anknytningsteori betyder vid placering av barn utanför hemmet.

– Frågan om anknytning bör vara central i övervägandena i flera riktningar när barn skall placeras. Det är nödvändigt att satsa på relation och anknytning så tidigt som möjligt, det är en av flera viktiga faktorer. Ganska ofta finns det tidigt i utvecklingen tillräcklig kunskap om barns anknytning för att kunna se om en placering är nödvändig. Men det är komplicerade och krävande arbetsprocesser på flera nivåer och områden i dessa fall. Det går inte av sig själv, vi kan inte tro på jultomten och på att allt nog kommer att gå bra bara vi blundar och hoppas på det bästa. Det är ett mödosamt och omfattande arbete som behövs, inte bara med barnet och föräldrarna utan också för att hjälpa fosterföräldrar, förskolan och andra som befinner sig i barnets värld. Jag tror att det bästa man kan göra är att vara nära barnen, föräldrar och

fosterföräldrar för att kunna se på vilket sätt man kan hjälpa dem. Det är en stor utmaning. Men det är klart att ju tidigare barnet blir placerat, desto större möjlighet har det att knyta an till fosterföräldrarna. Vi vet att barn kan knyta an till flera människor, men det tar tid och fosterföräldrar behöver också stöd under den tiden.

## Brister i anknytningen den allvarligaste riskfaktorn

Anknytningsforskningen stämmer väl överens med de centrala föräldrafunktioner som jag beskrev i *Svikna barn*, säger Kari Killén. Dessa funktioner är förmågan att:

- uppfatta barnet realistiskt
- ha realistiska förväntningar om vilka behov ett barn kan tillfredsställa
- ha realistiska förväntningar på barnets förmåga
- positivt engagera sig i barnet
- känna empati med barnet
- prioritera barnets behov
- undvika att avreagera sig på barnet.

Vid en bedömning av prognosen vid misstänkt omsorgssvikt måste, förutom föräldrafunktioner, också föräldrarnas bakgrund, samspelet föräldrar – barn och personlighetsfaktorer ingå. Kari Killén hänvisar till en tysk longitudinell undersökning som visar att samspelet är den enskilda faktor som väger tyngst när det gäller att förutsäga exempelvis beteendeavvikelser.

– Den forskning om anknytningsteori som kommit fram under senare tid har förstärkt och understrukit det som forskningen tidigare kommit fram till vad gäller föräldrafunktioner, barns behov och utveckling. Då var forskningen mest kvalitativ. Idag finns mer stringenta metoder. Instrument har utvecklats för att studera anknytningen mellan barn och föräldrar och deras förmåga att vara tillräckligt bra föräldrar.

konstaterar Kari Killén och fortsätter:

– Om barnet möts av en vuxen som förmedlar till barnet ”vi ser dig, vi tycker om dig och vi skall prioritera dina behov och beskydda dig” kan barnet bruka all sin energi på växt och utveckling. Det behöver inte bruka sina krafter till att utveckla anpassnings- och överlevnadsstrategier. Om föräldern i stället förmedlar ”vi ser dig inte och om vi ser dig, tycker vi inte om det vi ser” använder barnet sin energi till att observera, försöka förstå och överleva.

## Att bedöma anknytning med hjälp av ”Care Index”

Bakgrunden till Kari Killéns forskningsprojekt är att hon tyckte att hon sett alltför många barn ta skada, och ansåg att vi måste bli bättre på att predicera och förebygga. För att kunna göra det använder hon samspelsanalysen. Syftet är dels att träna BVC-sköterskor att observera anknytning och samspel, dels ett utveckla ett hjälpmedel för att värdera om omsorgen är tillräckligt bra eller inte.

I projektet görs videoinspelningar på tre minuter när barnen är 3–4 och 6–7 månader. Varken mödrar eller barn kodas enskilt utan det är deras förhållande till varandra som kodas. Om man ser dem var och en för sig i en samspelsituation är det inte säkert att man ser något anmärkningsvärt, utan man måste se dem tillsammans. Sju olika faktorer kodas: ansiktsuttrycket, röst, den fysiska placeringen, leken, känslomässiga uttryck, tempo (takt och tur), strukturering samt val av aktivitet (om det man gör stämmer med barnet utvecklingsnivå). Dessa faktorer kodas med hjälp av Pat Crittendens Care Index. När det gäller vuxna bedömer man sensitivitet, om de är kontrollerande och i vilken utsträckning de svara på barnets signaler. Barnen bedöms utifrån om de är samarbetsvilliga, svårhanterliga, passiva och i vilken utsträckning barnet strävar efter att anpassa sig till den vuxne.

Om tyngdpunkten ligger på det sensitiva fungerar samspellet mellan mor och barn utmärkt. Här läggs grunden för det tryggt anknutna barnet som kan leka och utforska världen. Om tyngdpunkten ligger på det kontrollerande är barnet ofta missnöjt, gråter och gnyr. Det försöker dock anpassa sig på ett sätt som

mor kan acceptera. I denna grupp får vi barn som sätter lock på sina känslor, som långsamt förlorar förmågan att veta vad de känner. Här finns hela skalan från dem som tar kommandot över mor till dem som underkastar sig. När det gäller de icke responderande mödrarna kan barnet från början vara missnöjt men blir snabbt passivt. Här finns de desorganiserade barnen. Om tyngdpunkten vid 6–8 månader ligger på kontrollerande eller passiv, är risken stor för att anknytningen är desorganiserad vid fyra år.

Care Index används i forskningssammanhang världen över. Avsikten i det norska projektet är emellertid att utveckla Care Index så att det kan användas av praktiker. De skall inte lära sig att koda utan att med hjälp av detta instrument få ett huvudintryck av hur relationen föräldrar – barn ser ut. Man skulle också kunna använda metoden för att bedöma barns anknytning till fosterföräldrar.

”Vi vet inte tillräckligt” säger man ofta inom socialtjänsten. ”Det är sant, men vi vet tillräckligt för att kunna göra mer” säger Kari Killén.

# Barnavårdsutredningar

Att utreda hur barn har det och vilken hjälp de behöver är i stort sett alltid svårt och det blir särskilt komplicerat om barnet är litet och inte självt kan berätta om hur de har det eller uttrycka någon egen vilja. Utredningar av små barn blir också ofta starkt emotionellt laddade. Det rör vid existentiella frågor som; Vem ska få ha barn? Bör inte alla föräldrar få en chans? Att skilja ett spädbarn från sin mamma väcker starka känslor. Detta i kombination med att små barn i allmänhet inte visar några tydliga symtom på att de inte får sina behov tillgodosedda, innebär att utredningarna kan bli både psykiskt påfrestande och tekniskt komplicerade.

## Utredningsmetoderna varierar

Socialnämnden skall utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden.  
(11 kap. 1 § SoL, Socialtjänstlagen)

Socialtjänstens utredningsansvar är tydligt. Däremot är det inte alltid en anmälan leder till utredning. Först görs en förhandsbedömning, vilket i ungefär en tredjedel av fallen leder till att anmälan avskrivs. En utredning skall normalt vara slutförd inom fyra månader, och när ett barn behöver bo i ett annat hem än det egna, ska en plan för vården upprättas. Andra formella krav på utredningen är att den ska vara saklig och opartisk, klienten har rätt att ta del av utredningen och relevanta uppgifter ska dokumenteras. Socialtjänstlagen säger dock ingenting om vad utredningarna ska innehålla. De görs inte heller efter någon allmänt accepterad mall utan kan se mycket olika ut både till form och innehåll. Det är ett problem, inte minst ur rättssäkerhetssynpunkt, att barnavårdsutredningarna görs på så många olika sätt

och med olika kvalitet. Därför har Socialstyrelsen utarbetat en handbok för handläggningen av barnavårdsutredningar.

Socialstyrelsen har också tagit fram ett handläggnings- och dokumentationssystem för utredningar och uppföljningar benämnt BBIC (Barns behov i centrum). Andra metoder som kan användas i utredningsarbetet är exempelvis familjerådslag, lägenhetsutredningar och nätverkskartor. *Familjerådslag* bygger på synen att den utvidgade familjen/släkten är bäst skickad att hitta lösningar och att familjen har rätt att påverka åtgärderna när barn far illa. En utredning görs, men den avslutas inte med förslag till beslut utan med frågor för den utvidgade familjen att ta ställning till vid familjerådslaget, som förbereds av en särskilt utsedd samordnare. Först därefter avslutas utredningen och i allmänhet godkänner socialtjänsten den plan som familjen kommit överens om vid familjerådslaget. *Lägenhetsutredningar* innebär att familjen tillsammans med utredarna vistas dagtid i en särskild lägenhet i ca en månad. Härigenom kan utredningen göras snabbare och man får också ett fylligare underlag än i en traditionell barnavårdsutredning. Det ger en tydligare bild av familjen, dess inbördes relationer och förmåga att hantera vardagen. Daglig samvaro ger information om relationen föräldrar–barn, konfliktlösning, förmåga att lösa praktiska uppgifter t.ex. i samband med inköp och matlagning, föräldrarnas förmåga att förstå instruktioner och hålla överenskommelser m.m. Information om dessa faktorer får man i ännu högre grad om föräldrar och barn placeras på ett *utredningshem* under en längre tid. Utredning på institution kan bland annat göras när man misstänker att föräldern allvarligt brister i sin omsorgsförmåga, när man behöver ett bättre underlag för beslut än en traditionell utredning kan ge och när man vill att barnet ska vistas i en skyddad miljö under utredningstiden.

Utredningar i småbarnsfamiljer avser sällan enbart brister i anknytning och samspel, utan det finns i allmänhet något mer påtagligt problem hos föräldrarna, som utgör bakgrund till att anknytning och samspel inte fungerar. Socialsekreteraren träffar normalt barn och föräldrar tillsammans för att få en uppfattning om relationerna, men har inga direkta verktyg för att göra systematiska observationer. Metoder kan dock utvecklas genom

erfarenhet. Ett sätt att ”träna sitt öga” är att i behandlings-sammanhang använda videoteknik. Det ger bl.a. möjlighet att se ”matchningen” mellan föräldrar och barn och att göra mikro-analyser t.ex. vad gäller kroppsspråk och mimik.

När anknytning och samspel ska bedömas ger inte en tradi-tionell utredning, där socialsekreterare, barn och föräldrar träffas vid några tillfällen, tillräcklig information. I sådana fall måste föräldrar och barn observeras under en längre sammanhängande tid, vilket man har möjlighet till i lägenhetsutredningar och på utredningshem. Utredningen bör dock även göras i hemmiljö, eftersom situationen där kan vara en helt annan än den är i en neutral och trygg miljö med stödjande personal. Erfarenheter från lägenhetsutredningar på Gotland, som var först i landet med att pröva lägenhetsutredningar, är att samspelet kan se mycket olika ut beroende på om man befinner sig i en lokal där det råder lugn och struktur eller om man är hemma, där det kanske är stressigt och mamman pressad av olika skäl. Även det omvända kan gälla, dvs. att mamman känner sig stressad av att befinna sig i en situation, där hon och barnet observeras och bedöms.

## **Barnavårdsutredningar enligt BBIC (Barns behov i centrum)**

Socialstyrelsen startade 1999 projektet BBIC i samarbete med sju kommuner/kommundelar. BBIC har sina rötter i England men har anpassats till svenska förhållanden av Socialstyrelsen och försökskommunerna. Försöksverksamheten avslutades 2006 och har utvärderats kontinuerligt. En slutrapport kommer att publi-ceras hösten 2007. Utbildning i BBIC-metoden pågår och i slutet av året kommer ca 240 kommuner att ha utbildats. Dessutom har ca 350 externa samarbetsparter fått en endagsutbildning i BBIC. För att få arbeta enligt BBIC fordras licens som erhålls genom avtal med Socialstyrelsen. Mer information om BBIC finns på [www.sos.se](http://www.sos.se).

Visionen är att barn som är föremål för socialtjänstens insatser ska ha samma livschanser som andra barn. Genom att



Arbeta med BBIC ska barns ställning stärkas, samarbetet med familj och nätverk förbättras och struktur och systematik i utredningarna skapas så att lämpliga insatser kan sättas in och följas upp.

Barnets grundläggande behov skall vara utgångspunkt i allt socialt arbete och fångas upp och bedömas utifrån sju behovsområden. Föräldrarnas förmåga, familje- och miljöfaktorer skall också ingå i bedömningen och sättas i relation till barnets behov. De olika faktorerna som ingår i bedömningen illustreras i nedanstående triangel.



Triangelns illustrerar det utvecklingsekologiska synsätt som är vägledande i modellen. Utgångspunkten är barnets behov som ska sättas i relation till föräldrarnas förmåga och olika faktorer i familjen och miljön.

För att få struktur och systematik i arbetet har olika formulär tagits fram som stöd och verktyg för socialsekreterarna. De följer hela ärendegången från anmälan/ansökan och utredning till utvärdering av insatser. Som stöd i uppföljningen av placerade barn används formulär för olika ålderskategorier. Det finns också fördjupningsteman för olika åldersgrupper, bl.a. för barn 0–1 år och 1–2 år.

Bodil Rasmusson, fil.dr. i socialt arbete vid Socialhögskolan i Lund är en av de forskare som utvärderat BBIC. Hon har bl.a. intervjuat socialsekreterare och sammanfattade vid konferensen deras synpunkter på vinsterna med systemet i följande punkter:

- Bidrar till helhetssyn, struktur, systematik, enhetlighet och tydlighet i utredningarna
- Mera koncentrerad, nyanserad, välgrundad och tillförlitlig dokumentation
- Bättre underbyggda beslut
- Tydligare uppdrag till behandlare, familjehem m.fl.

Bodil Rasmusson ser strukturen, den teoretiska förankringen och att det blir tydligt vem som sagt vad, inte minst vad barn sagt, som fördelar med BBIC.

Två av de socialsekreterare som intervjuats i samband med denna rapport arbetar vid socialförvaltningen i Tensta, som deltar i BBIC:s försöksprojekt. De ser BBIC som ett kvalitetssäkringssystem, som garanterar att man inte missar några behovsområden. BBIC är ett sätt att strukturera information i utredningsdokumentet och ger hjälp i analysen. Det utvecklingseko-logiska synsätt som präglar BBIC gör att perspektivet vidgas. BBIC ger besked om vilka uppgifter som skall samlas in, men inte om hur de skall samlas in. En metod som används i Tensta som komplement till BBIC är Signs of Safety, en australisk modell där risk- och säkerhetsfaktorer listas. Med denna metod blir det lättare för föräldrar att förstå varför socialtjänsten är inblandad, vilket i sin tur ökar förutsättningarna för samarbete.

## The Home Inventory

Ett bedömningsinstrument som kan kombineras med BBIC är HOME (Home Observation for Measurement of the Environment). Det är ett väl utprövat bedömningsinstrument som används i flertalet västländer. Med hjälp av skalor och en strukturerad intervjuteknik bedöms föräldraförmågan i familjens hemmiljö.

HOME utvecklades först i USA under 60-talet. Man hade där börjat intressera sig för sambandet mellan hemmiljön, den dagliga omvårdnaden och barns utveckling. 20 år senare började man använda HOME även i England.

Det HOME-material som nu används är indelat i tre olika ålderskategorier; 0–3 år, 3–6 år och 6–10 år. Materialet består av skattningstabeller och intervjuguider. Inom varje åldersgrupp finns underrubriker som är vägledande i intervjuerna och utifrån dessa underrubriker görs sedan skattningarna. Rubrikerna är tänkta att fånga in de olika dimensioner som man bör täcka in för att kunna utreda föräldraförmågan. För t.ex. barn 0–3 år finns följande rubriker; Responsivity, Acceptance, Organisation, Learning materials, Involvement och Variety.

Intervjun äger rum hemma hos barnet. De som intervjuar arbetar ofta i team om två personer där den ena intervjuar föräldern, vanligtvis modern, och den andra observerar föräldrabarnrelationen och hemmiljön. Intervjun tar sin utgångspunkt i frågan om hur en vanlig dag ser ut. Den som blir intervjuad ombeds att detaljerat berätta om händelseförloppet från tidig morgon till sen kväll. Efter intervjun samlar den som intervjuat och observatören ihop sina intryck var och en för sig. De för sedan, oberoende av varandra, in dessa i skattningstabellen och därefter jämförs tabellerna. Skattningstabellen består av ett antal påståenden som man antingen svarar ja eller nej på. Tabellen tolkas sedan genom att alla ja respektive nej räknas ihop. Ju fler ja, desto bättre föräldraförmåga.

HOME är ett redskap för att utreda föräldraförmåga och en del av underlaget i en barnvårdsutredning. Det ankommer på socialtjänsten att bedöma vilken vikt som ska läggas vid resultaten från HOME och vilka andra verktyg som ska användas samt vilket underlag som ska hämtas in för att en samlad bedömning ska kunna göras.

I utredningar enligt BBIC lämpar det sig väl att använda HOME eftersom BBIC:s grundprinciper bygger på det utvecklings ekologiska synsättet, samspelet barn- förälder samt faktorer i familj och miljö. Materialet finns ännu inte tillgängligt utan prövas för närvarande inom ramen för BBIC.

## Att ansöka om vård

Som tidigare beskrivits i denna rapport är kunskaperna om anknytningsteori och kompetensen att bedöma anknytning och samspel bristfälliga inom de flesta verksamheter som möter barn och föräldrar. Detta gäller i än högre grad rättsväsendet. Bengt Hasselberg, rådman vid länsrätten i Göteborg, sade vid konferensen på Sättra Bruk:

Vi kan mycket om ekonomi och tekniska frågor, men konferensens tema är ett vitt fält för oss. Den kunskap som finns representerad här är viktig för både förvaltningsdomstolarna och de allmänna domstolarna, som har hand om vårdnads- och umgänges mål.

Bengt Hasselberg poängterade vikten av vårdplaner:

I vårdplanen skall barnets behov redovisas. Vi vill inte bara ha förslag om vård utan också veta vad vården skall innehålla. Mål om upphörande av vården skall också behandlas utifrån vårdplanen. Syftet med vården måste preciseras liksom vad behövlig vård innebär och samtyckets innebörd. Vårdplanerna är dock ofta substanslösa och barnen syns inte i utredningarna. Det är en pedagogisk utmaning att få domstolarna att förstå vad anknytning och samspel innebär, och att det är den bristande anknytningen som är själva vårdbehovet.

De intervjuade socialsekreterarna i Tensta och på Gotland beskrev vad som normalt tas upp i ansökningarna om vård:

I ansökningar enligt LVU är det viktigt att resonera om små barns behov av omsorg och kontakt och konsekvenserna om de inte får sina behov tillräckligt väl tillgodosedda. Det beskriver vi utredningarna, men också det som ligger bakom bristerna som missbruk eller psykisk sjukdom. Det förstår domstolarna bättre. I vissa utredningar har vi med en teoretisk bakgrund, men vi kan ju inte skriva läroböcker till domstolarna. Det händer att vi hänvisar till vissa teorier, men det händer också att advokaterna hänvisar till andra teorier. Detta är ingen exakt vetenskap.

Relationen och samspelet alltid finns med, men vi kan säkert bli bättre på att beskriva relationen. Om föräldrarna missbrukar beskriver vi vilka konsekvenser det får för barnet. Vi för också in lite teori om vad ett barn behöver och vad som är normalt för ett barn i en viss ålder. Vi kan förbättra vårdplanerna och skriva även om samspelet och vad som skall vara uppfyllt där. Utredningen skall vara en vägbeskrivning till vårdplanen.

Enligt Bengt Hasselberg ska man inte behöva vänta in en skada innan ett omhändertagande kan göras. Socialtjänstens ansvar är en bärkraftig dokumentation. Domstolarna anlitar sällan sakkunniga.

– ”Man måste bestämma sig för en linje och hålla fast vid den. Socialtjänsten tvingas spela på vår planhalva”, sade Bengt Hasselberg. Även Anders Broberg framhöll vikten av att man kan visa att utredningen är bärkraftig och bedömningarna bygger på forskning och beprövad erfarenhet.

Ett problem, som inte bara gäller detta område, är att forskningsresultat inte är beständiga. ”Sanningen är den att forskningsrön i allmänhet har ett ganska kort bäst före-datum (...) Det som är sanning i dag är, i bästa fall, morgondagens halvsanning.” (Broberg m.fl. 2003)

## Psykologisk kompetens behövs

I mindre komplicerade fall kan socialtjänsten själv klara utredningar som avser anknytning och samspel, förutsatt att socialsekreterarna har tillräcklig kompetens inom området. I de mer komplicerade fallen fordras också barnpsykologisk kompetens. Socialtjänsten har sällan tillgång till egna psykologer och det kan vara svårt att få hjälp från barn- och ungdomspsykiatrin. Om BUP (Barn- och Ungdomspsykiatrin) kräver remiss och ärendet hamnar i en kö, medför det att psykologutredning och barnvårdsutredning inte hamnar i fas med varandra. Väntetider på några månader kan vara ödesdigra för små barn. Dessutom har inte heller BUP alltid den kompetens och de metoder som fordras för att bedöma samspel. På samma sätt som när det gäller socialtjänsten behövs specialistkompetens beträffande små barn, anknytning och samspel inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Med tanke på den ökade belastningen inom BUP, vilket medfört långa köer till utredning och behandling, är det knappast realistiskt att tro att BUP i nuvarande situation skulle kunna ta ett ökat ansvar för utredningar som avser anknytning och samspel. Frågan är om inte psykologmedverkan i dessa ut-

redningar måste lösas på annat sätt, kanske genom att barnpsykologer knyts till socialtjänsten.

## Socialtjänsten har helhetsperspektivet

Socialtjänsten hade länge fokus på mamman. Det var hennes fel, brister och förtjänster som utreddes. När Barnkonvention började implementeras i början av 90-talet började barnen alltmer uppmärksammas. De senaste tio åren har även pappan kommit in i bilden. I dag ser man familjen som en helhet och försöker bedöma familjemedlemmarnas inbördes relationer i detta system. Även det sociala nätverket har givits ökad betydelse.

Att se helheten är en uppgift för socialtjänsten. I sitt utredande arbete har socialtjänsten möjlighet att inhämta information från andra verksamheter för att så småningom kunna forma en helhetsbild. Det innebär emellertid inte att socialtjänsten helt kan förlita sig på andras uppgifter och kompetens. Då blir socialsekreterarna enbart ”handläggare av ärenden” och får svårt att hävda sin roll och få respekt för sina bedömningar. För att kunna bedöma vilka uppgifter som behöver inhämtas, för att värdera och sammanväga dem samt för att dra slutsatser fordras hög kompetens.

### Referenser

- Broberg, Anders, Almqvist, Kjerstin och Tjus, Tomas: *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar*. Natur och Kultur 2003.
- Rasmussen, Bodil: *Barnvårdsutredningar på nya grunder*. Lunds universitet, Socialhögskolan, meddelande 2004:1.
- Socialstyrelsen: *Barn och unga i socialtjänsten. Utreda, planera och följa upp beslutade insatser*. 2006.
- Socialstyrelsen: *Grundbok. Barns behov i Centrum (BBIC)* 2006.



# Samhällets skydds nät för de yngsta

## Att upptäcka och anmäla omsorgssvikt

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för barn som far illa, men har inga naturliga kontaktytor med barn och barnfamiljer. Det har MVC/BVC, barnomsorgen och skolan, som träffar nästan alla barn. Socialtjänsten är beroende av att dessa verksamheter uppmärksammar barn som far illa. För de mest utsatta barnen, de vars psykiska och fysiska hälsa är i fara, kan det vara en fråga om liv eller död att någon i deras omgivning ser och agerar.

Någon nationell statistik om anmälningar finns inte. Det går alltså inte att få fram några uppgifter om hur många anmälningar som avser barn 0-2 år eller vad anmälan gäller. Företrädare för socialtjänsten uppger dock att det är ovanligt med anmälningar i denna åldersgrupp.

Anmälningsskyldigheten är en fråga som alltid väcker frågor och diskussion. Trots att skyldigheten att anmäla misstankar

om barn som far illa till socialtjänsten funnits i någon form i över 70 år, har många som direkt berörs av den en diffus uppfattning om vad den egentligen innebär eller följer den inte av andra skäl. Olika undersökningar visar att det bara är en liten del av de barn som misstänks fara illa, som anmäls till socialtjänsten. I en rikstäckande enkätundersökning (Lagerberg 1998) riktad till sjuksköterskor vid barnavårdscentraler anmäldes bara 11 procent av de barn som misstänktes fara illa till socialtjänsten. I de fall där situationen bedömdes som mycket allvarlig uppgick anmälningsfrekvensen till drygt 30 procent.

I en avhandling från psykologiska institutionen, Göteborgs universitet har Karin Lundén undersökt vilka tecken på omsorgssvikt som personal inom BVC och förskolan i tre stadsdelar i Göteborg reagerar på och vad de anmäler till socialtjänsten (Lundén 2004). BVC anmälde 24 procent och barnomsorgen 11 procent av de barn som de trodde for illa. De



vanligaste observerade tecknen på omsorgssvikt var känslomässiga brister i föräldra–barnrelationen följt av fysisk vanvård och försummelse. Känslomässig otillgänglighet anmäldes dock relativt sällan av BVC och det var aldrig anmälningsorsak inom barnomsorgen. När barnomsorgen gjorde anmälningar handlade det i allmänhet om föräldrarna, vanligen om missbrukande och/eller våldsamma föräldrar i kombination med något annat. Denna bild bekräftas av företrädare för socialtjänsten:

Vi har aldrig tagit emot någon anmälan där man talar specifikt om relationen. Det handlar i stället om att dagis, skola eller psykiatri reagerat på något hos en förälder. Förskolepersonalen kan uttala sig väldigt lite om relationen, om vi frågar dem i samband med en utredning. Inte heller BVC tittar med de ögonen. När vi får anmälningar från BVC har föräldrarna egna uppenbara problem. Det handlar aldrig om något diffust som att man skulle ha problem i relationen till barnet. Det är fråga om vad BVC egentligen hinner se vid korta besök. Det krävs särskild kompetens för att man skall kunna se hur relationen fungerar. Både BVC och barnomsorgen är rädd för att uttala sig om sådana frågor eller om något som överhuvudtaget kan uppfattas som negativt. Man vill inte vara den som sätter fingret på problemen. Eller så uppfattar man att det är kris i familjen och då får föräldrarnas behov komma först.

*Ur intervju med två socialsekreterare från Tensta*

Att barnomsorgen anmäler misstankar om omsorgssvikt mer sällan än BVC kan förefalla märkligt, eftersom barnen i allmänhet vistas i förskolan flertalet dagar i veckan i flera år och då personalen regelbundet träffar även föräldrarna. Den täta kontakten med föräldrarna kan samtidigt vara just det som hindrar personalen från att se och anmäla barn som misstänks fara illa. Strävan efter att ha en god kontakt med föräldrarna och lojaliteten med dem tar över. Detta gäller även i hög utsträckning BVC. ”En förskjutning mot stöd till föräldrar har ägt rum inom BVC. Det har blivit mer av en föräldraarena” sade barnhälsovårdsöverläkare Gudmund Stintzing vid en konferens i Stockholm 2004-05-05.

Barnhälsovården är den enda samhällsinstitution som träffar nästan alla barn i åldern 0–1 år. Av barnen mellan 1 och 2 år går 43 procent i förskola. Det innebär att BVC är den enda samhällsinstitution som har kontakt med alla barn 0–1 år och

över hälften av barnen 1–2 år. BVC har därmed en nyckelposition när det gäller att upptäcka psykiska och fysiska hälsoproblem, inklusive brister i anknytningen, hos barn under två år. Förskolan har en viktig roll för de barn över ett år som är inskrivna i förskolan.

Som nämndes ovan är det ovanligt att BVC-sköterskorna anmäler till socialtjänsten när de misstänker att ett barns hälsa och utveckling är i fara, trots att de möter alla små barn. Det kan finnas många förklaringar till detta. En är att en BVC-sköterska kan ha ansvar för flera hundra barn och knappast kan ha ingående kunskap om var och en. En annan är att barnkompetensen hos läkare och sköterskor vid BVC urholkats. Tidigare var de barnläkare och barnsjuksköterskor, men numera är de i allmänhet inte specialiserade. Därmed minskar möjligheterna att upptäcka avvikelser och utvecklingsförseningar hos barn. För att barn i riskzon skall kunna upptäckas fordras att det finns tid för varje barn, kunskap om barns behov och utveckling och om tecken på att barn kan fara illa. För att öka benägenheten att anmäla krävs ett bra och nära samarbete med socialtjänsten. Det ligger en stor fara i att tro att BVC utgör ett skydds nät för små barn bara för att de träffar nästan alla barn. Verksamheten måste ges förutsättningar att verkligen fungera som det skydds nät, som man vill att det skall vara.

## Mödra- och barnhälsovården

MVC följer ett s.k. basprogram som är gemensamt för alla, oavsett om någon känd sjukdom eller riskindikator föreligger. Syftet är att identifiera störningar i fostrets utveckling eller tillväxt samt sjukdomar hos modern och andra tillstånd av betydelse för graviditeten och förlossningen. Vid inskrivningen och de första besöken på MVC kan i allmänhet risken för komplikationer identifieras och ett individuellt vårdprogram läggas upp.

En oönskad graviditet, komplikationer under graviditeten och en svår förlossning är faktorer som kan inverka negativt på relationen mellan mor och barn. MVC kan här spela en viktig roll

för att förebygga anknytningsproblem. Här finns också möjligheten att identifiera mödrar som man med stor säkerhet vet kommer att få problem med anknytningen. Det gäller framför allt kvinnor med psykiska problem, missbruksproblem och utvecklingsstörning.

Att det finns goda möjligheter att identifiera riskmammor har visats i en undersökning gjord i Linköping (Sydsjö, Wadsby och Svedin: 1995). I undersökningen definierades en rad riskfaktorer bland annat missbruk och psykisk ohälsa hos kvinnan. 78 mammor med ett eller flera problem identifierades. Det motsvarade 5 procent av samtliga graviditeter i Linköpings kommun under ett år. Riskmödrarna och deras barn jämfördes med en lika stor kontrollgrupp. Redan under graviditeten fanns skillnader mellan de bägge grupperna. Kvinnorna i riskgruppen var oftare på läkarbesök och 55 i procent av fallen bedömdes graviditeterna som komplicerade. På BB bedömdes mor-barnkontakten av en barnsjuksköterska. Vid en jämförelse såg man att mammorna i riskgruppen ägnade mindre tid åt barnen, hade mindre kroppsoch ögonkontakt, talade mindre med barnet, tröstade det mindre och visade mer irritation gentemot barnet. Vid uppföljningen när barnet var 6 månader kvarstod dessa problem i mor-barnkontakten och vid 18 månaders ålder hade de förvärrats. När barnet var fyra år var skillnaderna mellan barnen i de olika grupperna stora. Bara 1/3 av barnen i riskgruppen betecknades som normalt utvecklade somatiskt och motoriskt, medan 80 procent av barnen i jämförelsegruppen var det. Ungefär samma skillnad noterades vad gäller den psykiska utvecklingen. När barnen var åtta år uppvisade 36 procent av barnen i riskgruppen och 12 procent i jämförelsegruppen ett stort beteende.

Undersökningen upprepades 1995–1997 och omfattade alla gravida kvinnor i Linköping under treårsperioden. Man fann att andelen med missbruksproblem i riskgruppen mer än halverats, från 25 procent 1983 till 11 procent 1997. Andelen med psykiska problem hade däremot ökat kraftigt, från 17 till 44 procent, medan andelen med sociala problem var relativt konstant (Sydsjö & Wadsby 2003).

Liksom MVC når nästan alla gravida mödrar, har BVC kontakt med nästan alla småbarnsfamiljer. BVC är främst till för hälsokontroller, förebyggande hälsovård, utvecklingsbedömning, rådgivning och stöd till föräldrarna. BVC är en generell resurs, men har också möjlighet att individualisera insatserna. Enligt Barnpsykiatrikommitténs mening bör både mödra- och barnhälsovården i högre grad än tidigare rikta insatserna mot särskilt sårbara grupper (Socialdepartementet 1998). En sådan grupp är familjer där det finns brister i anknytning och samspel.

## Familjecentraler

En familjecentral bedriver en verksamhet som är hälsofrämjande, tidigt förebyggande och stödjande och riktar sig till föräldrar och barn. En familjecentral innehåller i allmänhet mödra- och barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. Kännetecknande för verksamheten är att kommuner och landsting samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärfacklig samverkan.

Många familjecentraler har startats under de senaste tio åren, men familjecentralstanken är inte ny. Tankarna på ett nära samarbete mellan medicinska och sociala insatser för blivande föräldrar och små barn och deras föräldrar fanns redan på 1960-talet. Flera statliga utredningar och betänkanden under slutet av 60-talet och början av 70-talet föreslog samarbete mellan och samlokalisering av mödra- och barnhälsovården samt socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring familjen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socialsekreterare kan det även finnas familjerådgivare, fritidsledare, psykologer och läkare. Målet för verksamheten är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar.

Samverkan mellan olika yrkesgrupper är en förutsättning för en fungerande familjecentral. Den främsta vinsten med samverkan mellan många yrkeskategorier kring barn och barnfamiljer är att den ökar förmågan att tidigt upptäcka och till-

godose behov bland barnfamiljer. Samverkan innebär också att man får bättre förutsättningar att skräddarsy lösningar för specifika behov. (Källa: Föreningen för familjecentraler, [www.familjecentraler.se](http://www.familjecentraler.se))

När MVC och BVC är inrymda i familjecentraler ser man mer social och psykologisk problematik än man gör i en vårdcentral. Det är lättare att både se och agera när man har nära till socialtjänsten och på ett enkelt sätt kan samarbeta kring familjerna. Det nära samarbetet medför kompetensutveckling hos samtliga yrkeskategorier samtidigt som den egna yrkesrollen blir tydligare.

## Den sociala barnvården

Det yttersta ansvaret för att familjen får den hjälp och det stöd som den behöver har socialtjänsten. Det är också socialtjänsten som avgör när bristerna i omsorgsförmågan är så allvarliga att barnet måste placeras i en annan familj. Socialtjänsten ansöker om vård med stöd av LVU hos länsrätten i de fall vård bedöms som nödvändig och samtycke inte ges.

### Organisation

Med social barnvård menas den del av socialtjänstens individ- och familjeomsorg som rör barn 0–18 år. I en del kommuner, framför allt i större kommuner, utgör denna del av IFO en särskild enhet, vanligen kallad barn- och familjegrupp. I andra kommuner är inte verksamheten specialiserad, utan alla typer av ärenden (barn och ungdom, missbruk, ekonomi etc.) hanteras i samma enhet.

En specialiserad verksamhet kan i sin tur vara indelad i olika grupper eller enheter. Man kan exempelvis ha en grupp för 0–12-åringar och en för ungdomar. Man kan också skilja utredningsverksamheten från insatserna. Den del som ansvarar för insatser kallas ofta för råd och stöd. Insatserna kan ges av kommunal eller privat huvudman. Antalet privata vårdgivare har ökat kraftigt framför allt inom institutionsvården.

## Kompetens

Inom IFO arbetar nästan uteslutande socionomer. Socionomutbildningen är en generalistutbildning, där möjligheterna till specialisering t.ex. inom området barn och ungdom är begränsade.

Av de fyra socionomer som intervjuades i samband med denna rapport hade samtliga fått väldigt lite kunskap om utvecklingspsykologi och anknytningsteori i sin grundutbildning. Det samma gällde utredningsmetodik. Någon fortbildning inom området har de heller inte fått med undantag av spridda kurs- och konferensdagar. Som nyutexaminerad får man lära sig av mer erfarna kollegor och genom den erfarenhet man själv får efter hand. När det gäller barn 0–2 år är det svårt att bygga upp kompetensen på detta sätt, eftersom antalet ärenden i denna ålderskategori är litet. De är för få för att generera kunskap, rutiner och nya arbetsmetoder.

Denna bild torde vara vanlig för många socialsekreterare inom den sociala barnvården i Sverige idag. Trots att arbete i en barn- och familjegrupp är ett synnerligen komplicerat, krävande och psykiskt påfrestande, ställs låga krav på barn- och utredar-kompetens. Personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden som avser barn och unga har bör ha socionomexamen och ett års yrkeserfarenhet inom socialt arbete enligt Socialstyrelsens allmänna råd 2006. Dessa kompetenskrav är dock inte alltid möjliga att leva upp till eftersom det under 2000-talet varit svårt att rekrytera personal till IFO. Ökad kompetens inom IFO förutsätter ökade möjligheter till specialisering både inom grundutbildningen och i fortbildningen.

## Teorier och arbetsätt

Det finns inga teorier eller metoder som är gemensamma för den sociala barnvården i hela landet. De flesta torde dock utgå från ett systemteoretiskt synsätt och ha ett lösningsfokuserat arbetsätt.

I systemteorin betonas den ömsesidiga påverkan mellan delarna/individerna i ett system snarare än linjära orsak – verkan

förhållanden. Relationer ses som cirkulära, inte linjära. Det är inte meningsfullt att fokusera enbart på en persons beteende. Allting existerar i ett sammanhang och några absoluta sanningar finns inte.

I den lösningsfokuserade metoden fokuseras människors resurser i stället för problem och brister. Den bygger på en respekt för människors möjligheter och förmåga till förändring och lägger stor vikt vid samarbetet mellan klient och behandlare. Arbetet inriktas på möjligheter och lyfter fram det som redan fungerar. Metoden bygger på ett systemteoretiskt tänkande.

### **Anmälningar och ansökningar**

Barnavårdsärenden aktualiseras i allmänhet genom anmälan (14 kap. 1 § SoL), ansökan eller på socialtjänstens eget initiativ. Ärendena kan aktualiseras både utifrån misstankar om att ett barn behöver skydd och därför att familjen vill ha hjälp. Som framgick i avsnittet ”Att upptäcka och anmäla” är det ovanligt med anmälningar som gäller små barn

### **Insatser**

I familjer där problemen är så stora att öppenvårdsinsatser inte är tillräckliga eller när föräldrarna inte vill ha några insatser trots stora problem, kan barnet placeras i familjehem eller i ett HVB-hem (hem för vård eller boende). De flesta barn (70 procent) omhändertas enligt socialtjänstlagen med föräldrarnas samtycke. År 2006 fick 20 700 barn 0–20 år heldygnsinsats någon gång under året. 1 087 (7 procent) av dem var 0–3 år. Flertalet barn som omhändertas är i tonåren och omhändertas på grund av egna problem som missbruk och kriminalitet.

När det gäller öppenvårdsinsatser går det inte att urskilja de små barnen i den officiella statistiken.

Spädbarnsverksamheter är direkt avsedda för att förbättra anknytning och samspel. Tyvärr har många spädbarnsverksamheter lagts ned under senare år. En annan möjlighet är att placera mor – och ibland även far – och barn på en behandlingsinstitution. Stöd i hemmet kan också förekomma

liksom familjeförskolor och Marte Meoterapeuter. Vilka resurser som finns och hur de utformas varierar från kommun till kommun. Det innebär att det finns goda möjligheter att arbeta med anknytning och samspel i vissa kommuner, medan andra inte har något alls att erbjuda. Avsaknad av behandlingsresurser påverkar anmälningsbenägenheten och blir ett etiskt dilemma i utredningsarbetet.

### **Mörk lägesbeskrivning**

Ytterligare ett problem är att socialtjänsten under de senaste 10–15 åren genomgått flera omorganisationer. Det skapar oro, man tappar fart och samarbetet med andra myndigheter försvåras. Omorganisationer, liksom hög personalomsättning, utgör hinder för kompetensutveckling och för den kontinuitet som är en förutsättning för ett framgångsrikt socialt arbete. Självfallet finns det kommuner med en väl fungerande social barnavård, men den generella bilden är en annan. Socialstyrelsen skriver i sin lägesrapport över individ och familjeomsorgen 2006:

Återkommande rapporteras om bristande stabilitet inom den del av barn- och ungdomsvården som har till uppgift att ta emot anmälningar, utreda och följa upp insatser. Arbetsbelastning i kombination med känslomässigt krävande uppgifter och svåra bedömningar leder till personalomsättning, bristande kontinuitet och svårigheter att upprätthålla tillräcklig kompetens.

## **Föräldrastöd**

År 1979 beslutade riksdagen att landstingen skulle ha skyldighet att erbjuda alla blivande och nyblivna föräldrar att delta i föräldrautbildning. Utbildningen har flera syften: att öka föräldrarnas kunskaper om barn och föräldraskap, bidra till att skapa gemenskap och ge tillfälle till erfarenhetsutbyte samt att öka kunskaperna om samhället ur barnfamiljernas perspektiv. Den erbjuds förstagsföräldrar i stort sett överallt och flerbarnsföräldrar vid 60 procent av mödravårdscentralerna. På vissa håll finns särskilda grupper för ensamstående mödrar och unga



mödrar. Även inom barnhälsovården finns i allmänhet föräldragrupper, men det finns också vårdcentraler som helt saknar föräldragrupper. Det individuella föräldrastödet når i så gott som alla blivande eller nyblivna föräldrar.

På vissa håll i landet finns särskilda spädbarnsverksamheter som arbetar för att stödja föräldrarna (oftast mammor) i deras föräldraskap, stärka deras omsorgsförmåga och förbättra samspelen föräldrar-barn. Verksamheterna ser olika ut beroende på organisatorisk tillhörighet, resurser samt personalens utbildning och bakgrund.

Statens folkhälsoinstitut har haft regeringens uppdrag att utreda hur stödet till föräldrar kan förbättras. Rapporten *Nya verktyg för föräldrar* överlämnades 2005 och föreslår en bred spridning av strukturerade metoder för föräldrastöd. Vetenskapliga studier visar att de minskar risken för att barn ska utveckla utagerande beteende och inåtvända psykiska problem.

Inom BVC har utbildningsprogrammet ”Vägledande samspel” börjat användas. Ett annat föräldraprogram ”Från första början” utprövas också för närvarande. Båda programmen syftar till att stärka en god anknytning mellan föräldrar och barn. De består av ca tio gruppstillfällen och utgår från konkreta föräldrabarnsituationer som visas på video. Föräldrarna diskuterar tillsammans fram olika förhållningssätt som man också praktiserar. Statens folkhälsoinstitut förordar dessa utbildningsprogram och understryker betydelse av att den personal som idag leder barnhälsovårdens föräldragrupper får tillgång till fortbildning och handledning i dessa metoder (Folkhälsoinstitutet 2004).

## Vägledande samspel

ICDP (International Child Development Programmes) är ett utbildningsprogram som utvecklats av professorerna Henning Rye och Karsten Hundeide, båda verksamma vid Oslo universitet. Våren 2000 bildades Stiftelsen International Child Development Programmes Sweden, vars ändamål är att introducera ICDP i Sverige samt verka för spridning och vidareutveckling av

programmen. Metoden finns beskriven i boken Vägledande samspel (Hundeide 2001).

ICDP är ett samhällsorienterat hälsofrämjande program vars huvudmålsättning är att öka omsorgskvaliteten för barn som lever under svåra omständigheter i olika delar av världen. Programmen baserar sig på modern spädbarn- och småbarnsforskning om vad som krävs för att skapa en utvecklingsbefrämjande uppväxtmiljö för barn. Programmets ursprungliga syfte var att ge stöd och vägledning till föräldrar i deras samspel med sina barn. Programmet har under åren utvecklats och anpassats för användning i förskola, skola, socialtjänst m.fl.

ICDP ser barnet som ett subjekt, en människa med strävan efter samspel och utveckling. Barnets eget initiativ är i fokus och föräldrarna/omsorgsgivarna tränas i att upptäcka, se och följa barnens egna initiativ.

Träning i ICDP-programmen är uppbyggd kring åtta teman som innehåller teoretiska avsnitt varvade med demonstrationsfilmer. Mellan varje utbildningstillfälle gör kursdeltagarna egna videofilmer med olika samspelssituationer. Filmerna ska ge en bild utifrån de olika temana och analyseras gemensamt i gruppen tillsammans med instruktörerna ([www.icdp.se](http://www.icdp.se)). Ett försök att introducera ICDP i barnhälsovårdens föräldragrupper pågår i Uppsala läns landsting.

## Marte Meo

Marte Meo-metoden har utvecklats av Maria Aarts från Holland. ”Marte Meo” är latin och kan fritt översättas till ”av egen kraft”. Metoden bygger på studier av hur föräldrar och barn naturligt samspekar med varandra, och hur detta bidrar till barnets sociala och intellektuella utveckling. Syftet är att stödja och hjälpa föräldrar och andra att se behov och resurser hos barnet och de egna möjligheterna att svara utvecklingsfrämjande på barnets behov samt att påverka samspelet mellan sig själv och barnet i positiv riktning.

Marte Meo används bland annat av Gryningens behandlingshem, som beskrivit metoden på Örebro läns landstings hemsida

([www.orebroll.se/psykhab](http://www.orebroll.se/psykhab)). Följande är en sammanfattning av denna beskrivning.

Metoden innebär att vi, i samråd med föräldern/föräldrarna, videofilmar dem och deras barn i olika vardagliga situationer. Tillsammans med föräldrarna gör vi upp om vilka situationer som ska filmas. Familjens uppdrag, det vill säga vad de vill ha hjälp med, har betydelse för valet av situation. Fördelen med att videofilma är att det ger handledare och föräldrar möjlighet att i efterhand studera vad som händer i samspelet, både när det fungerar utan bekymmer och i mer problemfyllda situationer. I stunder av lugn och ro, utan barn, studerar vi tillsammans korta sekvenser av film som handledaren valt ut.

Vi riktar vår uppmärksamhet mot barnet och tittar på hur det reagerar, signalerar sina behov och önskningsar samt vilka initiativ det tar. Föräldern/föräldrarna får alltid möjlighet att dela sina egna tankar, reaktioner och upplevelser med handledaren.

Tanken med Marte Meo är inte att tala om för föräldrarna vad de gör för fel. I stället lyfter vi fram det som fungerar bra i samspelet och utgår från det. Tillsammans försöker vi hitta nya sätt att utveckla och stärka den vuxnes förmåga att bemöta sitt barn.

Åtta principer fungerar som hjälp i analysen av samspelet. Den ”naturliga dialogen” innehåller följande komponenter:

1. Föräldern följer barnets *fokus*, det vill säga undersöker vad barnet tittar på eller är upptagen av.
2. Föräldern *bekräftar*, det vill säga visar eller talar om, att han/hon förstått vad barnet är upptagen av. Detta kan göras genom att upprepa ljud, ord, kroppsuttryck eller sätta ord på det barnet ser.
3. Föräldern *väntar in* och kollar av barnets reaktion på det han/hon gör eller säger innan han/hon fortsätter.
4. Föräldern *småpratar* om det som sker och kommer att ske, det som upplevs och kommer att upplevas.
5. Föräldern ger *positiv bekräftelse* genom att visa eller tala om att han/hon uppskattar det barnet gör.
6. Föräldern *vägleder* genom att visa vad barnet kan göra.

7. Föräldern *visar barnet "världen"* genom att presentera personer, saker och fenomen.
8. Föräldern tar ansvar för *att starter och avslutningar* markeras, är observant på barnets stoppsignaler och hjälper barnet att fullfölja eller avsluta.

Mer information om Marte Meo finns på Marte Meo-föreningens hemsida [www.martemeoforeningen.com](http://www.martemeoforeningen.com)

Marte Meo och ICDP är behandlingsmetoder, men principerna bakom metoderna är också användbara i utredningssammanhang. Det finns fler metoder för föräldrastöd, t.ex. COPE, De otroliga åren och Komet. De är dock inte avsedda för de allra yngsta barnen.

## Hur kan skyddsnetet stärkas?

Ovanstående beskrivning visar att skyddsnetet för små barn har glesa maskor. BVC som är den enda verksamhet som träffar alla små barn och deras föräldrar upptäcker sällan omsorgssvikt och, om de gör det, anmäler de det i allmänhet inte till socialtjänsten. Så ser det ut i alla undersökningar om anmälningar enligt 14 kap. 1 § SoL. En första förutsättning för att BVC skall kunna fungera som ett skyddsnet för barn, vilkas psykiska och fysiska hälsa är i fara, är en ökad dialog med socialtjänsten. Familjecentralerna är goda exempel på ett fruktbart samarbete, men det finns också andra sätt att organisera samarbetet, exempelvis kan en socio-nom vara knuten till eller placerad vid BVC. En andra förutsättning är att barnhälsovården är en självständig del av primärvården, s.k. rena BVC:n, annars riskerar barnhälsovården att komma på undantag. En tredje förutsättning är att BVC-sköterskorna och läkarna har barnkompetens. Att psykologer med kunskap om barn är knutna till BVC är också viktigt. Om det brister i anknytning och samspel och föräldrarna inte har stora sociala eller psykiska problem, är det en fördel om samspeletsbehandling kan ges inom ramen för BVC.

Bristande intresse och engagemang är knappast orsaken till att BVC inte upptäcker och anmäler misstänkt omsorgssvikt,

utan det handlar om att förutsättningar saknas för att familjer med problem skall kunna fångas upp. Det finns ingen annan verksamhet än BVC som kan utgöra ett skyddsnät för de allra minsta barnen. Därför är det viktigt att verksamheten organiseras, personalen utbildas och samarbete utvecklas med tanke på BVC:s avgörande betydelse för små barns hälsa och utveckling.

Även när det gäller den sociala barnvården är samarbete och breddad kompetens en nödvändighet. Framför allt behövs psykologisk kompetens både i utredningarna och när det gäller insatser. På vissa håll ingår också psykologer i barn- och familjegrupperna. En mer allsidig personalsammansättning inom den sociala barnvården borde vara en strävan.

Det är oroande att stödet till småbarnsfamiljer skurits ned. I stället skulle det behövas en kraftfull satsning på t.ex. spädbarnsverksamheter. Insatser för att stärka anknytningen och utveckla samspelet är en av de mest effektiva insatser som kan göras för att förebygga ohälsa och beteendevikelser hos barnen. En god anknytning är också det bästa skyddet mot misshandel, vanvård och försummelse.

Socialtjänsten har ett huvudansvar för barn som riskerar att fara illa eller far illa. Socialtjänstens perspektiv skall vara brett samtidigt som barnets bästa skall sättas i främsta rummet. Det är ett viktigt uppdrag, som fordrar god kompetens, stöd i form av handledning och tid för diskussion med kollegor samt tillräckliga resurser för både myndighetsutövning och insatser.

## Referenser

- Folkhälsoinstitutet: *Nya verktyg för föräldrar*. 2005.
- Hundeide, Karsten: *Vägledande samspel*. Rädda Barnen och ICDP Sweden 2001.
- Lagerberg, Dagmar: *Barn som far illa – ett dilemma för barnhälsovården?* Akademiska sjukhuset, Landstinget i Uppsala län 1998.
- Lunden, Karin: *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Göteborgs universitet. Psykologiska institutionen 2004.
- Socialdepartementet: *Det gäller livet*. SOU 1998:31.
- Socialstyrelsen: *Individ- och familjeomsorg*. Lägesrapport 2006.
- Socialstyrelsen: *Barn och unga – insatser 2006*. 2007:9.

- Sydsjö, Wadsby och Svedin: *Barn till psykosociala riskmödrar. Från mödrarnas graviditet till barnen är 8 år*. Rädda Barnen 1995.
- Sydsjö & Wadsby: *Period prevalence and types of psychosocial risk factors in pregnant women in an urban Swedish community*. *International Journal of Social Welfare*. Vol. 12/2003.



## I Barnhusets skriftserie har tidigare utgivits

Att intervjua barn – vägledning för socialsekreterare (2005:1).  
Flickor och pojkar i patriarkala familjer – teori och praktik (2005:3).  
Flickor och pojkar på institution – ett könsperspektiv på vården av ungdomar (2004:4).  
Jag finns också! Om att vara syskon till en bror eller syster med svår sjukdom eller funktionshinder (2005:5).

Familjecentralen – integrerad verksamhet för barnens bästa (2006:1).  
Barnet mellan två föräldrar – insatsen kontaktperson i umgänges-tvister (2006:2).  
Satsa på barnens vardagsmiljöer – mottagande och introduktion av flyktingbarn och ungdomar (2006:3).  
Sexuell exploatering av barn i Sverige (2006:4).  
Mångsidiga intensiva insatser för små barn med autism (2006:5).

Barn i kläm – hur uppmärksammas barn i mål om verkställighet av umgänge (2007:1).  
Föräldrars röster – hur är det att ha sina barn placerade i fosterhem? Brukare och forskare samverkar (2007:2).  
Gränsöverskridande ledarskap. Prevention, gränser och resurser i arbetet med barn och ungdomar (2007:3).  
Våld mot barn. En nationell kartläggning (2007:4).



## Barnhuset har gett ut följande rapporter

(Kan laddas ner från Barnhusets hemsida)

Barnhälsovårdens kvalitetsindikatorer (2005).

Barns psykosociala utveckling – riskbedömning i asylärenden (2006).

Internetrelaterat sexuellt utnyttjande av barn och ungdomar. Utmaningar för forskning, förebyggande arbete och behandling (2007). Finns även på engelska.

Skrifter utgivna före 2005 se vår hemsida [www.barnhuset.com](http://www.barnhuset.com)

Med hjälp av forskning har kunskapen runt små barns psykiska hälsa och sociala utveckling, samspels- och anknytningsmönster, ökat dramatiskt under senare år. Kvaliteten på anknytning och samspel under de första åren får avgörande betydelse för hur barnet uppfattar sig själv och hur det relaterar till andra människor senare i livet.

Skriften tar sin utgångspunkt i en konferens på Allmänna Barnhusets kursgård Sättra Bruks Herrgård 2004 om små barns behov och föräldrars omsorgsförmåga, men är som helhet en fristående produkt. Syftet är att presentera anknytnings- och samspelsteori på ett enkelt och lättillgängligt sätt samt att koppla den till praktiken. Anders Broberg, Kati Falk och Pia Risholm Mothander har skrivit var sitt kapitel, övrig text har skrivits av Barbro Hindberg.

Skrifterna kan köpas från Stiftelsen Allmänna Barnhuset  
Box 3264, 103 65 Stockholm  
Tel 08-679 60 78, Fax 08-611 38 41  
eller från vår hemsida [www.barnhuset.com](http://www.barnhuset.com)

ISBN 91-86678-94-9